



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

**DAS RODAS E DOS MODOS DE ANDAR A REDUÇÃO DE DANOS:
TERRITÓRIOS E MARGENS DE UM TRABALHO VIVO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como registro do grau parcial de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Profa. Dra. Rosane Neves da Silva

Paula Emília Adamy

Porto Alegre, 2014

PAULA EMÍLIA ADAMY

DAS RODAS E DOS MODOS DE ANDAR A REDUÇÃO DE DANOS:
TERRITÓRIOS E MARGENS DE UM TRABALHO VIVO

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como registro do grau parcial de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Profa. Dra. Rosane Neves da Silva

Porto Alegre

2014

PAULA EMÍLIA ADAMY

DAS RODAS E DOS MODOS DE ANDAR A REDUÇÃO DE DANOS:
TERRITÓRIOS E MARGENS DE UM TRABALHO VIVO

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como registro do grau parcial de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Rosane Neves da Silva – UFRGS

Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi – UFRGS

Profa. Dra. Sandra Djambolakdjian – UFRGS

Prof. Dr. Márcio Mariath Belloc – ESP/RS

Porto Alegre

2014

AGRADECIMENTOS

Ao Frederico, meu pai, pelo cuidado, por se colocar ao lado e apostar sempre,

A Tânia, minha mãe, que está sempre me ensinando sobre a importância de acolher a diferença,

A Rosana, minha madrastra, que ressignificou essa nomeação com seu cuidado e acolhimento,

A Laura, minha irmã, pela amizade e por se fazer sempre tão presente, mesmo à distância,

A Rosane Neves, minha orientadora, por ter acolhido meu desejo por esse tema e pelo contorno que deu à escrita e à criação,

A Rose Mayer, pela operação subjetiva que produziu em mim ao me apresentar a Redução de Danos de forma tão cuidadosa e por seus apontamentos sempre certos,

A Ana Carolina Rios Simoni, pelas ricas contribuições, pelo acolhimento e parceria na saúde mental, pelo engajamento militante, pela amizade,

Às pessoas do Centro de Referência de Redução de Danos de todas as épocas: Rose, Manoel, Juliano, Jânio, Rosane, Alessandra, Charão, Márcia, Luciano, Lucenira, Chica, pelo valor das trocas e dos laços,

Aos colegas da Saúde Mental, Károl, Ana, Chica, Jaqueline, Elissandra, Marília, Luiz, André, Claudinha, Magali, Larissa, Tatiana, Vanessa, Rafa, Binô, Cury, pela construção coletiva e por lembrarem que trabalho também se faz com conversas e músicas,

Aos colegas do DAS/SES do grupo georreferenciado das Macrorregiões Centro-Oeste e Sul, pelo apoio compartilhado nos territórios,

A Elisandra Gimenez, pelas falas inspiradoras,

A Cynthia, Gabriela, Silvia, Lourdes, Natália, Tuca, Elis, Aline, Marileia, Daniel, Ari, Miriam, Bernadete, Bárbara, Vanessa, Adriane, Ivone, Iracema, Joana, Margaret, Elisabeth, Laís, Rosi, Gilberto, pelas portas que abriram ao território,

pelas andanças e pelas valiosas contribuições,

A Carol, Chris, Alice, Pedro, Camila, Lívia, Bruno e todos os colegas de mestrado pelas interlocuções metodológicas e afetivas; a todo esse grupo e a Fran, pelos territórios espaciais e subjetivos transitados e pela parceria em compartilhar os mundos que se abriram,

A Lê, Carol, Carina, Simone e Baila, por estarem presentes nos primeiros encontros do trabalho com a saúde mental, que se expandiu com afeto nas confrarias e amizade de tanto tempo,

A minha família, pelo amor e carinho,

Ao Programa de Mestrado e todos os professores pelo exercício coletivo de construção do conhecimento,

A CAPES, pela Bolsa,

A todos os redutores de danos que conheci e que me afetaram ao longo desses anos.

Nas mãos e nos lábios, as marcas do sacrifício do corpo pelo prazer imediato. Nesta noite – após pular o muro e entrar no cemitério – os agentes encontraram sete pessoas consumindo drogas no local. Homens e mulheres acostumados com a companhia silenciosa dos túmulos e com os olhos calibrados pela escuridão. Mas naquela noite alguém foi até lá para despertá-los. Para lembrá-los de que não estão mortos e possuem direitos como qualquer cidadão. “A sociedade pode achar que vocês estão mortos – e até vocês mesmos podem achar que estão mortos, mas vocês estão vivos”, diz o agente. Vivos. Entrincheirados em seu próprio mundo, mas não esquecidos. (...) (QUEIJO, 2013).

RESUMO

Este trabalho traz algumas considerações e problematizações das políticas sobre drogas, transcorrendo pela história da Redução de Danos em seu percurso clínico-político desde o campo da AIDS e sua transição como diretriz de trabalho para o cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas no campo da saúde mental. Para isso, utilizamo-nos do Método da Roda, que serviu também para pensar o papel do apoiador institucional e a cogestão de coletivos, para nos aproximamos de um município em que foi possível acompanhar os modos de andar a redução de danos também no campo micropolítico e, assim, pensar nessa transição e nas perspectivas de trabalho para a atenção básica. Com isso, apresentamos a Redução de Danos como tecnologia leve de cuidado, que circula pelo território e acompanha os diferentes modos de andar a vida, que está atravessada pelos impasses da Reforma Psiquiátrica e pela precarização do trabalho, que acompanha o trabalho da redução de danos desde o seu início e que se atualiza neste campo de pesquisa.

Palavras-chave: Redução de Danos – Saúde Mental – Atenção Básica – Álcool e Drogas – Território

Abstract

This essay brings some consideration and render problematily of the politics about drugs, elapsing between harm reduction in its political clinical course since Aids field and its transition as guideline of working to care to people that use alcohol and other drugs in the mental health field. For this, we use the wheel method, that fit also to think about the institucional supportes role and the co-management of collective to approach to a county that was possible to follow the way of the harm damage goes and also in the micropolitical field and, so, think about this transition and in the work perspectives to the basic attention. Therewith, we show the harm reduction as light care technology, that moves within the territory and follows the different ways of livong life, that is crossed by impasses of the psychiatric reform and by Precariously of the work, that follows the harm reduction work since its updates in this research field.

Key- words: Harm reduction – health mental – basic attention – alcohol and drugs – territory

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	9
APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	20
1. CONSTRUÇÕES SOCIAIS.....	25
1.1 As prescrições dos modos de andar no mundo.....	25
1.2 Redução de Danos no contexto da Reforma Psiquiátrica	31
2. PARA ALÉM DE UM OLHAR PRESCRITIVO E DE VIGILÂNCIA DOS MODOS DE EXISTÊNCIA.....	39
2.1 O percurso clínico-político da redução de danos	39
2.2 De estratégia à diretriz: as possibilidades de campos de atuação da Redução de danos	43
3. OS MODOS DE ANDAR A REDUÇÃO DE DANOS	49
3.1 Das rodas	53
3.2 Do apoio nas rodas	60
4. TRANSIÇÃO DA REDUÇÃO DE DANOS: AIDS, SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA.....	65
4.1 A Redução de Danos como função e a função do redutor	65
4.2 Relação e impasses com Reforma Psiquiátrica	71
4.3 Da atenção especializada às possibilidades de intervenções na Atenção Básica: linhas e fluxos de um cuidado no território	77
4.4 Redução de Danos: um cuidado de si.....	82
4.5 A precarização do trabalho e as consequências para a Redução de Danos	88
5 MAIS UMA RODA.....	94
6. POR UMA REDUÇÃO DE DANOS MENOR.....	99
REFERÊNCIAS	105

Chegamos a casa. Havia seis pessoas nesse momento e elas vieram cumprimentar os redutores de forma muito afetiva. Minha colega e eu fomos apresentadas como trabalhadores de redução de danos de Porto Alegre. Todos queriam saber nossos nomes, alguns nos perguntaram como era a vida em Porto Alegre, outros nos contaram algumas histórias que viveram aqui. Um deles, que vou chamar de Jair, disse que não poderíamos voltar pra casa sem levar um de seus quadros. Pedimos para ver os quadros então e ele disse que faria um para nós. Pegou um pedaço de cerâmica e seu estojo de tintas. Em 5 minutos havia desenhado uma imagem da cidade e assinado. A imagem tem um caminho sem fim, dessas que se fica olhando e contemplando o horizonte. Fiquei contemplando a imagem enquanto pensava: “que lugar é esse que está para além desta casa que não tem luz, água ou porta? Que território é esse, que tem o mesmo espaço geográfico do território dos agentes de saúde do dia, mas que agora se mostra tão diferente?” 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: os 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 anestesiarem. 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 a 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 2kg400g. Assim que os bebês nasceram, já estava o conselheiro tutelar para garantir que as crianças ficassem com outra família. Mas Marília se mostrava contente, pois as crianças ficariam com um casal muito próximo a ela, e ela estava podendo vê-los todos os dias. Conta, com um brilho intenso no olhar, que hoje 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 mamá, amamente no peito, enfim... Mas para Marília nada disso foi dito, pois nenhum técnico de saúde apostava que ela pudesse cuidar desses filhos, então não havia porque fazer mil recomendações, por mais prescritivas que fossem. A minha colega enfermeira que estava acompanhando comigo este campo diz ter pensado em recomendar que Marília não amamentasse no peito, devido ao uso do crack, Mas nada disso foi dito, apenas escutávamos Marília falar do quão feliz ela ficou quando sentiu cada um dos bebês sendo alimentado por ela, que achava que não teria nada a oferecer. 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.

Chegaram mais algumas pessoas na casa, e todos vinham cumprimentar Marília. Percebíamos que uma das moradoras da casa, a Camila, pedia silêncio quando a conversa se animava. Dizia: “estamos com visitas”. Disseram-nos para voltarmos mais vezes e prometeram se organizar melhor para que não conversassem todos ao mesmo tempo da próxima vez.

Depois de ler esse escrito, lembrei-me de algo que acabei deixando de fora. Enquanto conversávamos dentro da casa, na roda que formamos, um dos moradores acendeu um cachimbo e fumou uma pedra de crack. No momento em que isso acontecia, continuava conversando normalmente e até nos ofereceu, pedindo desculpas quando outro morador o avisou que não fazíamos uso. Sim, o crack estava ali, mas não foi o centro da roda. A história de Marília nos tomou muito mais do que qualquer outra coisa. A roda que se formou serviu para a troca de histórias, de afetos – e também para o uso de drogas.

APRESENTAÇÃO

Escolhemos iniciar por este trecho do diário de bordo, pois foi esta saída de campo com os redutores que nos motivou a escolher este território de pesquisa. A imagem da cerâmica que nos lembra um caminho que leva ao horizonte, nos convocou a nos aproximar de um município gaúcho para conhecer que outros caminhos são possíveis nestes encontros que se dariam nos meses seguintes. Aprofundaremos ao longo do trabalho algumas considerações do campo das políticas públicas sobre álcool e outras drogas e a redução de danos nesse contexto, e já cabe colocar que, no pouco tempo que vivenciamos esta pesquisa, fomos afetados por aqueles encontros, de forma a ressignificar alguns conceitos como território e cuidado. Assim, convidamos você, leitor, a percorrer junto conosco esses emaranhados de linhas que fomos percorrendo. Esse é um convite para colocar-se em risco: o risco de suspender as certezas e deixar-se levar pelas questões que abrem outras condições de possibilidade com relação às políticas sobre álcool e outras drogas e à redução de danos como diretriz do cuidado.

Cuidado e território, ao se juntarem, pressupõem movimento. Movimento de acompanhar trajetórias, vidas que se cruzam das formas mais variadas possíveis, desejos que por vezes precisam ser retomados e legitimados. É a aposta nos movimentos que esses redutores buscam fazer que nos convocou a pensar na Redução de Danos como uma tecnologia leve de cuidado no território, ao se colocarem ao lado para acompanhar esses diferentes “modos de andar a vida”, ou seja, “o usuário e seu mundo de necessidades” e “as distintas formas produtivas (tecnológicas)” que o trabalhador pode lançar mão para “capturar e tornar aquele mundo seu objeto de trabalho” (MERHY, 2002, p. 99).

Merhy (2002) trabalha a noção de tecnologias duras, leve-duras e leves com relação aos saberes que são constituídos para a produção de atos de saúde e também para organizar as ações humanas nos processos de produção de trabalho. As tecnologias leves são as das relações, relacionadas à produção de vínculo, acolhimento e a uma outra forma de gestão de governar processos de trabalho. As

tecnologias leve-duras são os saberes bem estruturados como a clínica médica, psicanálise, epidemiologia, que operam no processo do trabalho em saúde. E as tecnologias duras são os equipamentos tecnológicos que são as máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY, 2002, p. 49).

[...] o trabalho vivo em ato opera com tecnologias leves como em uma dobra: de um lado, um certo modo de governar organizações, de gerir processos, construindo seus objetos, recursos e intenções; de outro lado, como uma certa maneira de agir para a produção de bens/produtos; sendo uma das dimensões tecnológicas capturantes que dá a “cara” de um certo modelo de atenção. (...) deve-se tomar como eixo analítico vital o processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras (MERHY, 2002, p. 50).

O trabalho vivo pressupõe movimento, vínculo, territorialização, acompanhamento. Acompanhar é se colocar ao lado para estar junto de alguém; fazer companhia; dar atenção; partilhar. Cuidado implica solicitude, diligência, desvelo; ter preocupação ou atenção; disponibilidade ao outro; se ocupar de (NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO, 1989). Estar junto, fazer companhia, estar solícito a dar atenção ao outro, estar disponível, se ocupar do outro, partilhar exige escuta. Acompanhar em saúde supõe, portanto, a escuta do desejo do outro e perceber por onde ele quer andar. E esse andar pressupõe diferentes andares, que podem mudar a cada instante e a cada nova potência de vida que se abre.

São diferentes linhas que se entrecruzam e podem conter ou não em seus trajetos serviços de saúde. Esses serviços não serão estanques somente se essas linhas tomarem o desejo como pressuposto ao abrir os trajetos para novas vias e possibilidades que se bifurcam. Ao refletir sobre o cuidado em saúde, inevitavelmente vêm à mente os serviços que estão disponíveis no território como oferta de cuidado, como se todo o acompanhamento tivesse que se antecipar como terapêutico e como se todas as ofertas fossem garantia de acesso em saúde. Nem toda a oferta é garantia de acesso, assim como nem todo o acompanhamento se nomeia como terapêutico. Mas um acompanhamento poderá ter efeitos terapêuticos se puder dar espaço à singularidade, dando aberturas possíveis para que o desejo possa se enunciar. E que outros tantos espaços e linhas de cuidado um território

pode oferecer? Tomamos, então, o conceito de Merhy sobre os “*modos de andar a vida*” para falar nesse trabalho sobre os *modos de andar a redução de danos*, com seus impasses e perspectivas que vão se colocando ao longo do trajeto.

Para essa trajetória e esse andar, utilizamos o conceito de Linhas de Cuidado, bastante trabalhado por Tulio Batista Franco e Camila Franco (2011), Ricardo Ceccim e Alcindo Ferla (2006), entre outros, para falar de um cuidado que é construído com o usuário, pensado a partir de um projeto terapêutico singular, que é o elemento estruturante dessa Linha (FRANCO; FRANCO, 2011). Conceitualmente, a Linha de Cuidado é entendida como o trabalho integrado entre serviços e recursos de uma rede que compõe um território, que é muito mais amplo do que a rede que conhecemos. Isso significa acompanhar o caminho que o usuário faz, tendo o Projeto Terapêutico Singular – PTS como fio condutor e o usuário como o elemento estruturante da gestão desse cuidado, ou seja, o desejo do usuário é o “GPS” dessa Linha.

Mas de que desejo estamos falando? Trabalhamos com o conceito de desejo como produção, ou seja, como movimento de criação, invenção de modos e formas vitais, como produção de universos psicossociais. Essa concepção de desejo se difere da concepção proposta da psicanálise do desejo como falta, como algo reprimido e recalado e que é proveniente do inconsciente (DELEUZE; GUATTARI, 1976).

Deleuze e Guattari (1976) trazem essa concepção, afirmando que somos todos máquinas desejantes. As máquinas desejantes não seguem uma lógica linear e de repetição, já que o desejo é afirmado aqui como força afirmativa de invenção e da diferença que faz seguir em movimento, que opera como potência criadora. Nessa concepção de desejo como produção, há um outro aspecto importante que é o de que nunca desejamos sozinhos, pois o desejo é sempre a construção de agenciamento e, portanto, uma máquina de produção.

E se desejo é a construção de agenciamento, ele pode ser produzido a partir do encontro com o usuário, nos itinerários a percorrer da Linha de Cuidado. A Linha de Cuidado acontece no território, que é o que Milton Santos define como “matriz da vida social, econômica e política” (SANTOS, 2006). Um território dentro

de uma cidade com tudo que o que nela é vivo e que se descobre mesmo quando se tenta esconder; com “tudo o que nela deixa marca: o suor e o trabalho, o desespero e a lágrima, a tragédia e o sangue” (BAPTISTA, 1999, p. 9). Um território dentro de uma cidade onde a lógica capitalista fabrica indivíduos, como demonstra Luis Antonio Baptista na obra citada, mas que possa abrir espaços para possibilidades de escolhas que emergem de encontros e palavras, “que é o mais humano de todos os artifícios para devolver-lhes de pleno direito o seu lugar no mundo da cidade e da História” (BAPTISTA, 1999, p. 10).

O território é onde todos se encontram, pois com as novas tecnologias, o espaço adquiriu outras características para se tornar um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações, que trazem como categorias analíticas internas “as paisagens, a configuração territorial, a divisão territorial do trabalho, o espaço produzido ou produtivo, as rugosidades e as formas conteúdos” (SANTOS, 2004, p. 22). Desse modo, o espaço é um “conceito histórico atual e fruto, ao mesmo tempo, da emergência das redes e do processo de globalização” (p. 22).

A Linha de Cuidado tem a Atenção Básica como ordenadora e a porta de entrada preferencial, mas não a única, já que em saúde mental não se pode ter portas de entrada rígidas. Mas é preferencial, pois tem como fundamentos e diretrizes o território adstrito, acesso universal, vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, integralidade das ações e estímulo à participação dos usuários como forma de ampliar a autonomia. A Atenção Básica é a base da rede de atenção à saúde, sendo que também tem como função ser resolutiva, ordenar a rede de cuidado e coordenar esse cuidado, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da rede (BRASIL, 2013). O conjunto de estratégias é pensado a partir da demanda de cuidado do usuário, com base em uma avaliação de risco, reorganizando o processo de trabalho, com objetivo de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita.

A Atenção Básica é afirmada na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2013) por um conjunto de ações de saúde, com enfoque na promoção e proteção da saúde, na prevenção de agravos, no tratamento, na reabilitação, na

redução de danos e na manutenção da saúde, desenvolvendo atenção integral, cujas ações possam impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Dessa forma, a Linha de Cuidado é fruto de um pacto a ser realizado entre todos os atores que gerenciam serviços e recursos assistenciais no território, pois o trabalho é integrado e não partilhado e difere dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. Trata-se de, a partir do vínculo, acompanhar o caminho que o usuário faz dentro da rede (FRANCO; FRANCO, 2011).

Assim, potencializa-se o âmbito micropolítico da rede de cuidados, que se forma por fluxos entre os próprios trabalhadores, que no ambiente de trabalho estabelecem conexões e relações entre si. Estas redes são ativadas e se mantêm funcionando pelos trabalhadores e seu funcionamento acontece mediante determinados projetos terapêuticos (FRANCO, 2006).

Isto posto, buscamos nesse trabalho trabalhar com a Redução de Danos em sua relação com as Reformas Sanitárias e Psiquiátrica, que preconizam o cuidado no território, para problematizar como a Redução de Danos, enquanto diretriz de cuidado em saúde mental, a partir de sua transição do campo da Aids, pode operar transversalidades nos processos de saúde e produzir efeitos na atenção básica e nas linhas que os usuários percorrem.

Para isso, as linhas e caminhos deste trabalho iniciaram pela contextualização da Redução de Danos no processo das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. A Redução de Danos tem como pressupostos afirmar o cuidado no território num contexto de forte pressão política, com o desafio de transgredir do território geográfico, marcado pela prescrição dos modos de ser para um território existencial, a partir de outros modos de subjetivação. Apresentamos a Redução de Danos como uma tecnologia leve de cuidado, que circula pelo território acompanhando os diferentes modos de andar a vida.

Também buscamos problematizar, no Capítulo 1, as políticas sobre álcool e outras drogas no contexto da sociedade de controle e de consumo e a biopolítica que sustenta regimes de verdade das políticas proibicionistas, que reprimem o

consumo, mas que ao mesmo tempo o incita à medida que prescreve formas de vida através da fixação de identidades consumistas. Essa fixação é o que faz surgir o que Émerson Merhy traz como “anormais do desejo”, que são todos os coletivos que constroem modos de viver completamente diferentes do que imposto pela ordem da vida capitalista.

No Capítulo 2, caminhamos pelo percurso clínico-político da redução de danos em suas possibilidades para além de um olhar prescritivo e de vigilância dos modos de existência. Para isso, trouxemos a história da Redução de Danos em seu início como estratégia no campo da Política de Aids, para pensar em como ela se opera enquanto diretriz a partir da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no campo da Saúde Mental.

A partir do Capítulo 3, trouxemos a vivência do território de pesquisa. Acompanhamos o trabalho da Redução de Danos no município onde realizamos o campo de pesquisa em seus modos de andar e transitar pelos campos da Aids, Saúde Mental e Atenção Básica. Utilizamos o Método da Roda, de Gastão Wagner de Souza Campos, como metodologia com o grupo participante da pesquisa, que serviu também para pensar o papel do apoiador institucional e a cogestão de coletivos, já que também pudemos problematizar, a partir da análise de implicação, a relação da pesquisadora com o campo, que é também de apoiadora institucional.

A partir do Capítulo 4, trabalhamos mais intensamente com as narrativas do campo de pesquisa. A experiência possibilitou que pudéssemos aprofundar questões importantes que apareceram neste território, mas estabelecem um traço comum com relação a outros campos, marcados pelos mesmos impasses. As principais questões que emergiram foram a transição da redução de danos como estratégia e diretriz do cuidado; a relação e os impasses com a Reforma Psiquiátrica quando o próprio território dispõe de um hospital psiquiátrico; as linhas e fluxos de um cuidado no território e as possibilidades de intervenções com contribuições da estética da existência, ao pensar a redução de danos como um cuidado de si; e a precarização do trabalho, que acompanha o trabalho da redução de danos desde o seu início e que se atualiza neste campo de pesquisa. Trabalhamos com cada um

delas, trazendo narrativas das rodas para apontar de que forma essas problematizações se atualizam no campo micropolítico deste território de pesquisa.

No Capítulo 5, trabalhamos com o conceito de recalcitrância ao narrar o momento de restituição da vivência da pesquisa ao grupo. Este foi um momento importante da pesquisa-intervenção, que possibilitou que o grupo pudesse se enxergar e se reconhecer nas narrativas, bem como problematizar algumas questões, como minha relação com eles para além da pesquisa.

Por fim, trabalhamos com a potência de quando a redução de danos se faz menor e trabalha nas brechas, por fora do que está instituído na máquina estatal. Cabe ressaltar que as passagens narradas nesse percurso de escrita, que se diferenciam das citações pelo formato cursivo de letra, não estão presas a uma cronologia que separa pesquisador e gestor. As questões colocadas aqui vão para além da experiência do Mestrado em Psicologia Social e Institucional. Este serviu como um momento de sistematização das problematizações que já reverberavam em mim.

INTRODUÇÃO

*Ainda vão me matar numa rua.
Quando descobrirem,
principalmente,
que faço parte dessa gente
que pensa que a rua
é a parte principal da cidade.*

Leminski, Paulo. Toda Poesia, 1976

Este estudo parte das vivências e inquietações cotidianas de trabalho da pesquisadora com relação às políticas públicas sobre álcool e outras drogas e à Redução de Danos (RD) como diretriz para esse cuidado em saúde. Portanto, a escolha do tema de pesquisa emerge do percurso e das linhas percorridas no campo da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica, em espaços da gestão, atenção e educação em saúde, pautados pela Redução de Danos, ao escutar pessoas que usam, abusam ou dependem de álcool e outras drogas e os trabalhadores vinculados a esse campo.

Nestes itinerários, vemos que a temática álcool e outras drogas tem encontrado muitos desafios na defesa pelo cuidado em liberdade, mesmo que a Redução de Danos tenha surgido no Brasil totalmente relacionada ao contexto de reabertura política com a Constituição de 1988 e as Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Os princípios levantados pelo movimento social da Redução de Danos são os mesmos das lutas pela saúde coletiva e pelo cuidado no território, como saúde ampliada, protagonismo, participação social, engajamento político, universalidade e equidade na atenção (RIGONI, 2006).

A luta da Reforma Sanitária, desde seu início, era pela quebra do modelo higienista e pela busca de modelos de atenção integral em saúde que incorporassem ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação, sem simplificar a saúde como ausência de doenças. O Sistema Único de Saúde – SUS está amparado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90. A partir da Constituição de 1988, a saúde passa a ser um direito de

todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Entre as diretrizes desse Sistema Único de Saúde estão a descentralização, atendimento integral e a participação da comunidade. Cria-se então a Lei 8080/90 que reafirma os princípios da universalidade, integralidade e equidade, ou seja, “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Este movimento provoca uma transição importante do modelo de atenção pautado pela saúde pública para o da saúde coletiva. Essa transição implica em uma reorganização de serviços de atenção, que terão como lócus privilegiado o território a partir da atenção primária, campo de atuação privilegiado também da Redução de Danos. Para Jairnilson S. Paim e Naomar de Almeida Filho:

[...] pode-se entender a saúde coletiva como *campo científico*, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como “setor saúde” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 308).

Segundo Lancetti e Amarante, a partir da Constituição de 1988 e a formulação do SUS, os hospitais psiquiátricos começam a ser criticados. Há várias críticas ideológicas, técnicas e políticas inspiradas principalmente na experiência da Reforma Psiquiátrica da Itália que, em 1978, aprovou a Lei 180, conhecida como Lei Basaglia, que é a única lei nacional em todo o mundo que determina a extinção de todos os manicômios e prescreve que se constituam serviços e estratégias substitutivas ao modelo manicomial (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p. 625).

No Brasil, a experiência de Santos, em 1989, foi um marco na Reforma Psiquiátrica brasileira. Foram implantados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionavam 24 horas, e criadas cooperativas e residências para os egressos do hospital, além de diferentes associações. Também no ano de 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a

extinção progressiva dos manicômios no país. Foi o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Santos foi também o primeiro município do Brasil a trazer a experiência da Redução de Danos através das trocas de seringas para usuários de drogas injetáveis.

Durante o período de 1989 a 1996, Santos foi a primeira cidade brasileira sem manicômios; a primeira cidade a reverter epidemiologicamente o quadro de contágio pelo vírus da AIDS; a primeira cidade a criar programas de assistência domiciliar e a inventar uma metodologia de trabalho com meninas prostituídas e dependentes do crack, etc., e também a primeira cidade a aplicar a metodologia de distribuição de seringas descartáveis (LANCETTI, 2012, p. 79).

Apesar das experiências em Santos com a Luta Antimanicomial e a Redução de Danos terem acontecido em um mesmo contexto, de um modo geral, em um contexto macropolítico, a temática álcool e outras drogas caminhou à margem das lutas pelo cuidado em liberdade, já que este tema ainda estava muito relacionado a políticas mais repressivas. Inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, a partir do ano de 1992, os movimentos sociais conseguiram aprovar em vários estados brasileiros 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 fazer isso. A Lei Estadual nº 9.716, de 07 de agosto de 1992, que 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 (RIO GRANDE DO SUL, 1992).

No Brasil, foi somente no ano de 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado foi sancionada. A aprovação, no entanto, foi de um substitutivo do Projeto de Lei original, que trazia modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redirecionou a assistência em saúde mental e, ao privilegiar o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas sem instituir mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a sua promulgação foi um importante

avanço para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Foi no contexto de sua promulgação e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que a Política Nacional de Saúde Mental se alinhou com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e que a temática álcool e outras drogas conquistou espaço.

A III Conferência consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de Estado, conferiu aos CAPS um papel estratégico para a mudança do modelo de assistência, defendeu a construção de uma Política de Saúde Mental para os usuários de Álcool e outras Drogas e estabeleceu o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira. Foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que forneceu os substratos políticos e teóricos para a Política de Saúde Mental no Brasil, consolidando a Reforma Psiquiátrica como uma das diretrizes do SUS.

O maior desafio hoje talvez seja o de reafirmar o cuidado no território num contexto de forte pressão política que busca retroceder conquistas já realizadas pela Reforma, vide os Projetos de Lei de internações compulsórias e os recursos públicos para vagas em Comunidades Terapêuticas. As linhas de cuidado e a Redução de Danos podem contribuir para a ampliação desse acesso em saúde mental, álcool e outras drogas para além do que temos como oferta de serviços aos usuários, já que estas ofertas não são garantia de acesso. Essa ampliação do acesso se dá na medida em que a escuta possa se fazer no território, sem impôr condições, como a abstinência, e incentivando a participação política em diferentes espaços.

A Redução de Danos pode lançar mão de ferramentas que propiciem o protagonismo, além de dirigir nosso olhar e práticas ao território. Este é protagonizado especialmente pelo usuário e inspirado, desde a Saúde Coletiva, na intencionalidade de um Plano Terapêutico Singularizado ao encontro de uma saúde agenciada na negociação ética, que reconheça a dimensão política dos modos de viver e trabalhar implicados nas escolhas e nos delineamentos intercessores que podem pautar um projeto de vida e, por conseguinte, uma construção social.

Os diferentes modos de andar que passam pela Redução de Danos como diretriz podem convocar o usuário a buscar e potencializar em si e ao seu redor

linhas de cuidado a partir de caminhos singulares. Um cuidado que, ao cuidar de si, traz efeitos na sua relação com o outro, como nos coloca Foucault (1985), e com o seu território, que é sempre subjetivo. Sendo subjetivo, ele não pode ser visto apenas como o espaço geográfico, mas como espaço de práticas de cuidado, relações, cultura e produção de subjetividade. Um território que possibilite a legitimidade do desejo.

Para mudar o modelo de atenção, é preciso considerar que a cidade como um todo tem a potência de produzir cuidado. Peter Pál Pelbart fala sobre as maneiras de ver, sentir, pensar, perceber, morar, vestir nos são vendidas o tempo todo, pois consumimos mais do que bens, formas de vida. Então, como transformar em territórios existenciais alternativos as formas de organização e modos de vida ofertados ou mediados pelo capital? Quais são os recursos que dispõem uma pessoa – e uma comunidade – para afirmar um modo próprio de ocupar os espaços, de agenciar o tempo, de mobilizar a memória coletiva, de reinventar a corporeidade, de cuidar da infância e da velhice, de lidar com os prazeres e as dores? Quais as condições de possibilidades de tecer um território existencial e subjetivo, que vá na contramão da prescrição de um modo de ser proposta pela economia material e imaterial atual? (PELBART, 2002). E indo mais adiante: como as políticas públicas e os atores sociais podem trabalhar na direção de transformação do território espacial, pautados pelo capital, agenciando a potencialização de territórios existenciais a partir de outros modos de subjetivação que escapam aos parâmetros consensuais?

Pois bem leitor, é disso que esse trabalho se trata: de convocar, ou problematizar, os diferentes modos de existências e de intervenções possíveis no território no campo do cuidado, quando este se faz necessário. Antes de abordarmos e aprofundarmos isso, abordaremos agora sobre os regimes de verdade produzidos pela Biopolítica, que alimentam as políticas sobre drogas e nossos modos de viver.

1. CONSTRUÇÕES SOCIAIS

1.1 As prescrições dos modos de andar no mundo

“O capitalismo é o senhor do tempo. Mas tempo não é dinheiro. Isso é uma brutalidade. O tempo é o tecido de nossas vidas”.

Antonio Candido

O uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente nos diversos momentos históricos e nas diferentes culturas humanas, recebendo, em cada tempo e geografia, significados e valores distintos, não necessariamente associados a práticas marginais ou criminosas. Dependendo do lugar e do período, uma droga pode ser considerada lícita ou ilícita, assumindo diferentes *status* e estatutos na cena social.

Com isso, vemos que os atributos de valor à droga são definidos a partir de regimes de verdade que servem para manter estruturas de poder específicas. Nestes atributos de valor, estamos falando de uma ampla economia gerada pelo incitamento ao consumo e dos jogos de força engendrados pelo capitalismo. Segundo Caroline Brasil:

[...] os indivíduos são colocados numa espécie de brete, pois da mesma maneira como são incitados a consumir, e assim fazer parte do coletivo pelo reconhecimento do estatuto de consumidor, são capturados por dispositivos de biopoder que determina quais as drogas que podem ser consumidas, quando e em qual quantidade. São estes dispositivos que determinam a figura ideal de consumidor e, portanto, aqueles que não correspondem ao simulacro, num regime de parecer ao invés de ser, são inseridos no campo das anormalidades, sofrendo o exercício de forças mais fortes, próprias à multiplicidade dos modos de exclusão/inclusão contemporâneos (BRASIL, 2003a, p. 40).

Ao dizer “verdade”, para Foucault, estamos falando de um “conjunto de

regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos de poder” (p. 53), já que o que se trata é de problematizar o estatuto da verdade e do papel econômico-político que ela desempenha (FOUCAULT, 2012).

Foucault afirma que as questões políticas são a própria verdade e que não se trata de libertar a verdade 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 tal qual está configurado hoje é produzido pela Biopolítica, alimentada por relações de poder/saber que instituem regimes de verdade da política sobre drogas que opera por uma via repressiva, que ao mesmo tempo incita o consumo, à medida em que prescreve um modo de ser. 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 serve dos “problemas” derivados desse consumo. As clínicas, 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 de um modo capitalista, que mantém o indivíduo fixado nessa identidade de consumo. E a fixação das identidades consumistas, por sua vez, garantem a continuidade do lucro.

Com relação às identidades consumistas, Rolnik (1997) trata 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 em uma abertura para o novo, que seria os novos produtos, as novas tecnologias, novos paradigmas, novos hábitos. Mas essa abertura para o novo não significa necessariamente estar aberto para o estranho, ter tolerância ao desassossego que isto mobiliza e, tão pouco, 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 e 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 através 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 as 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).

E quem são as pessoas a buscarem essas identidades consumistas? Nos regimes de verdade que sustenta o capitalismo, mesmo o marginal, isto é, aquele que fica à margem da órbita do mercado, está incluído como consumidor. Ainda que não tenha acesso aos objetos de consumo, consome o mesmo ideal do rico, pelo qual o cuidado de si e do outro é pacificado pela promessa do gozo individual absoluto. Peter Pál Pelbart refere que, mesmo os estratos mais carentes da população consomem formas de vida através dos fluxos de imagens, informação, conhecimento, dos serviços que se acessa – ou não; de todas essas formas se absorve maneiras de viver e se consome toneladas de subjetividade.

Chame-se como se quiser isto que nos rodeia, capitalismo cultural, economia imaterial, sociedade de espetáculo, era da biopolítica, o fato é que vemos instalar-se nas últimas décadas um novo modo de relação entre o capital e a subjetividade (PELBART, 2002).

Ou seja, há um grupo de pessoas que estão à margem, num lugar de

exclusão, exatamente por estarem incluídos no modo capitalista de viver. E Foucault aponta que não é 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)

Cada sociedade, segundo Foucault, carrega os tipos de discurso que 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 e nem 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 de poder, que são as técnicas de disciplinarização dos corpos e 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 necessitava 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).

E disso que é imposto, temos 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. É o biopoder 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 Bentham de vigilância (FOUCAULT, 2011), Deleuze aponta que há uma disseminação dos mecanismos disciplinares para além dos espaços de confinamento, mas em todas as esferas sociais. Na sociedade de controle, o aspecto disciplinar não desaparece, mas não ficam mais circunscritos às instituições fechadas, se tornando mais sutil e adquirindo total fluidez (DELEUZE, 2005). O próprio Foucault já apontava para esse caminho, já que as técnicas disciplinares vão adquirindo certa invisibilidade, constituindo-se como “dispositivo panóptico” (FOUCAULT, 2011, p. 166).

Enquanto que 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 independente 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).

E 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. 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 campo das disputas das políticas sobre drogas, Tadeu de Paula Souza aponta qual é o fio de sustentação entre as instâncias que mais defendem o proibicionismo, dizendo que “a abstinência se torna ponto de articulação entre a moral cristã, as formas jurídicas e as normas psiquiátricas, criando um diagrama de poder antidrogas e anti-democrático.” (SOUZA, 2007, p. 14). É esse fio de sustentação moral que também sustenta uma certa prescrição dos modos de andar a vida, delimitando as diferenças do que é aceito como droga lícita e do que é colocado à margem como drogas ilícitas. Nessa diferenciação do que é aceito e do que não é aceito, também estão os usuários e suas escolhas sobre sua vida e sobre suas drogas. Sobre isso, Merhy aponta as diferenças suportáveis e as diferenças insuportáveis de serem convividas: às que serão “acolhidas” pela sociedade e às que ficarão à margem das normas prescritivas de viver.

Diante disso, coloca-se como questão: as atuais políticas públicas visam acabar com a pobreza para incluir nas rodas de consumo ou para potencializar os diferentes modos de existência, legitimar as invenções do cotidiano que ficam

invisíveis e não legitimadas, abrindo passagem para as existências já em curso que rompem com a lógica individualizante do consumo?

É com esta questão em aberto que transcurremos a seguir sobre a política de álcool e outras drogas no contexto da Reforma Psiquiátrica e sobre as disputas que se colocam hoje neste campo.

1.2 Redução de Danos no contexto da Reforma Psiquiátrica

Mesmo tendo percorrido mais de vinte anos do início do Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul e treze anos no Brasil, diferentes realidades coexistem. Ainda constatamos em alguns espaços a permanência da disputa pela manutenção de uma lógica manicomial, como alternativa de cuidado.

Historicamente, o tema álcool e outras drogas caminhou à margem da Luta Antimanicomial, pois foi pouco discutido no processo da Reforma Psiquiátrica, que cria e implanta outros modelos de cuidado. É a partir dessa lacuna que modalidades de tratamento geradoras de exclusão têm sido justificadas, além de suscitar olhares diversos com referencial muitas vezes de aspectos morais.

Com relação à moralidade instituída nos modos de pensar saúde, Émerson Merhy, no X Congresso da Rede Unida, ocorrido no Rio de Janeiro em 2012, apontou para a existência de um “neo-sanitarismo” com práticas policialescas, já que todas as existências não reconhecidas como saudáveis dentro da normalidade estabelecida pelo desejo de captura de um sanitarismo higienista são colocadas como “anormais do desejo”. Os “anormais do desejo” são todos aqueles coletivos que “merecem ser punidos” porque constroem práticas de desejos e modos de viver esses desejos completamente diferentes do que a ordem da vida capitalista impôs no mundo através da globalização.

No grupo dos “anormais do desejo” estão as pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, rotuladas como “dependentes químicos”. Merhy faz uma crítica a essa expressão, dizendo que ao utilizar o termo “dependente químico” se tira dele o lugar de sujeito desejante e se coloca uma

força demoníaca na substância, que autoriza os profissionais de saúde a capturar esse “possuído pelo demônio” e, assim, usar uma prática técnica religiosa para afastá-lo do mal, característica de práticas realizadas em algumas comunidades terapêuticas.

[...] 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 desejantes para serem meros objetos inertes e irresponsáveis, quanto aos seus próprios atos (MERHY, 2012, p. 09).

Reduzir o usuário ao seu ato limita as possibilidades de oferta e de cuidado e é com esse viés e neste campo que o Estado autoriza internações compulsórias, pois são sujeitos que a sociedade não reconhece e nem quer reconhecer os modos desejantes de viver.

Para Lancetti (2011), um dos maiores riscos que o advento do crack nos traz é a possibilidade de interrupção do processo de Reforma Psiquiátrica na construção do sistema público de saúde mental. Isso se deve a “fissura” por responder rapidamente, com encaminhamentos para internações por vezes desnecessárias, tanto em hospitais como em comunidades terapêuticas, a uma demanda colocada como urgente, ao invés de construir uma visão compartilhada com o outro, buscando quais os caminhos possíveis de cuidado no território. Em nome do “cuidado”, várias práticas de segregação e exclusão estão sendo utilizadas como forma de normatização dos modos de viver, como é o caso da internação compulsória, que está prevista na Lei 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, para casos extremos, mas que tem sido tomada como ação cotidiana, sendo confundido o cuidado com “limpeza social”.

Assim como Émerson Merhy, Antônio Lancetti, no X Congresso da Rede Unida de 2012, também se posicionou contra as internações compulsórias (que estão sendo discutidas nacionalmente através do Projeto de Lei do Deputado Osmar Terra, que já foi aprovado pela Câmara de Deputados) criticando os efeitos da mídia, ao falar que Drauzio Varela, ao mostrar no Fantástico onde se consegue crack, como se fuma, quais as diferenças entre crack e merla, auxiliou na explosão

do consumo, chegando a duas mil pessoas em busca de crack num final de semana na chamada crackolândia em São Paulo.

Ora, sabemos que o discurso de Drauzio Varela traz como um regime de verdade o saber de especialista, bastante enaltecido pela sociedade, abrangendo uma ampla população através de um dos meios de comunicação de maior audiência. Tendo essa função de especialista, ele se coloca numa posição de intelectual para as massas, sendo que o intelectual, para Foucault, ocupa uma posição específica junto às posições gerais do dispositivo de verdade em nossas sociedades. Ele tem tripla especificidade: a da sua posição de classe (pequeno burguês a serviço do capitalismo); a de suas condições de vida e trabalho, relacionadas a sua condição intelectual (próprias do seu domínio de pesquisa e das exigências políticas a que se submete – ou se revolta); e a especificidade da política de verdade nas sociedades contemporâneas (FOUCAULT, 2012).

Mas voltemos à reportagem de Drauzio Varela, cujo efeito produtor de demanda, forjado pelo próprio discurso preventivista, nos remete à dimensão incitadora do poder e ao questionamento da ideia das “necessidades espontâneas”. Para o Institucionalismo, em todas as sociedades a noção das necessidades é produzida, assim como a demanda é modulada. Drauzio esqueceu de considerar seu papel, enquanto especialista, nesta produção.

[...] aquilo que os povos pensam que todos os membros de uma população e todos os povos do mundo precisam como "mínimo" não existe. Esse "mínimo" é gerado em cada sociedade e é diferente para cada segmento da mesma (BAREMBLITT, 2002, p. 16).

Também escutamos diariamente em jornais, revistas e dos próprios governos regimes de verdade com relação ao perfil das pessoas que usam crack, que, de igual modo, produzem uma “demanda espontânea” pela internação. Para problematizar isso, trouxemos alguns dados da pesquisa sobre o Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil realizada pela FIOCRUZ em 2011 e encomendada pela SENAD (BASTOS; BERTONI, 2014). Tal estudo traz as características sociodemográficas e comportamentais dessa população, tendo sido realizada nas capitais brasileiras e 9 regiões metropolitanas com municípios de

médio e pequeno porte. O campo de pesquisa foram as cenas de uso de drogas mapeadas anteriormente ao início da pesquisa, onde as equipes de campo realizaram observações e entrevistas, recrutando usuários de crack e/ou similares, com 18 anos ou mais, que consumissem a droga com regularidade, tendo sido considerado como regular ao menos 25 dias de uso nos últimos 6 meses, de acordo com definição da Organização Panamericana de Saúde – OPAS. Os participantes também realizaram, juntamente ao Aconselhamento, teste rápido de HIV e Hepatite C (através de kits doados pelo Ministério da Saúde).

Como resultados, temos que os usuários de crack e/ou similares entrevistados foram, na maioria, homens, na faixa etária média de 30 anos, tendo uma predominância de 80% da cor negra ou parda, com baixa escolaridade. Com relação à situação de rua, há uma grande diferença entre as capitais, que demonstrou um índice de 47,3%, e os municípios de médio e pequeno porte, com 20%. Cabe ressaltar que não significa que esse número de pessoas realmente more nas ruas, mas que nela passam uma parte expressiva de seu tempo.

A pesquisa traz ainda outros resultados interessantes, sobretudo porque contrapõem algumas verdades colocadas a respeito dos usuários de drogas. No que se refere às formas de obtenção de dinheiro, uma minoria relatou atividades ilícitas. Somente 6,4 declararam realizar tráfico de drogas e 9,0 % furtos/roubos. Outro dado importante diz respeito ao tempo de uso da droga. Nas capitais, o tempo médio de uso é de 91 meses, ou seja, aproximadamente 8 anos de uso. Já nos municípios menores das regiões metropolitanas, esse tempo é de aproximadamente 59 meses (5 anos). Este é um ponto bem debatido, já que as mídias, baseadas em políticas mais repressivas e voltadas para abstinência, colam o uso de crack à morte, veiculando notícias de sobrevida de 3 anos de consumo.

E por que colar o uso de crack no discurso de regimes de verdade estigmatizantes? Talvez porque o crack tenha virado uma “pedra preciosa” que tem movimentado uma grande economia. Quem tem lucrado com isso são as comunidades terapêuticas, clínicas privadas, os hospitais como prestadores de serviço do sistema público de saúde e algumas categorias profissionais. Os discursos midiáticos têm insistido na colagem do usuário de drogas com a violência, quando sabemos que, na realidade, o que mais gera violência é a

desigualdade social. Vemos países desenvolvidos como Holanda com uma política de drogas mais aberta e com um índice de violência menor que o Brasil, país em desenvolvimento com uma política mais repressiva influenciada pelo governo norte-americano.

Ao entender esse contexto, cabe como desafio das políticas públicas intersetoriais, no que diz respeito ao cuidado em saúde de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, trabalhar na direção da desassociação do estigma, pois quando o tema vem fortemente colado à criminalidade e práticas antissociais, as possibilidades de tratamento acabam sendo inspiradas em modelos manicomiais, de exclusão/separação dos usuários do convívio social.

Para se ter uma ideia, no Rio Grande do Sul temos em média um leito de saúde mental integral (para internações psiquiátricas ou de desintoxicação de álcool e outras drogas) em hospital geral, contratualizados pelo SUS, para cada 8 mil habitantes, sendo que cada um deles lucra do estado ou do Ministério da Saúde de R\$ 3.000,00 a R\$ 5.500,00 mensais, quase o mesmo valor de um leito de Unidade de Tratamento-Intensivo, que varia de R\$ 3.000,00 a R\$ 6.000,00 mensais. Fazendo uma comparação com outros parâmetros, o Ministério da Saúde preconiza um leito de saúde mental integral para cada 23 mil habitantes. E em comparação com outras especialidades, o Estado tem uma média de um leito obstétrico contratualizado pelo SUS para cada 5 mil habitantes¹ – ou seja, tem pouca diferença no número de leitos para desintoxicação em álcool e outras drogas de que para ganhar bebê.

Mesmo fazendo esses comparativos, há um forte apelo da mídia e de algumas categorias profissionais, num movimento contra a Reforma Psiquiátrica, que se utilizam da necessidade em desenvolver estratégias efetivas com relação ao abuso e dependência do crack, para colocar sobre a falta de leitos em saúde mental e a necessidade de revisão da Lei 9.716, que dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental,

¹Dados retirados do DATASUS, disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias.

Mas voltando a contextualização do campo das políticas sobre drogas no Brasil e suas disputas. Paralelamente aos movimentos de consolidação da Reforma Psiquiátrica e do crescimento da implantação dos Programas de Redução de Danos, cria-se em 1998, durante o governo do então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD. A SENAD está diretamente ligada ao Gabinete Militar e subordinada à Presidência da República, sendo, portanto, um órgão hierarquicamente superior aos Ministérios. Sua estruturação teve inspiração no modelo do programa norte-americano antidrogas de 1989. Mesmo com a mudança posterior de nomenclatura para Política Nacional Sobre Drogas, a SENAD ainda mantém uma orientação mais repressiva, exercendo grande influência nas políticas Ministeriais, como na Saúde. É o exemplo do Plano *Crack, é possível vencer*.

O Plano *Crack, é possível vencer* foi lançado pelo Governo Federal em dezembro de 2011, é coordenado pela SENAD e tem envolvimento dos Ministérios da Justiça, Saúde, Desenvolvimento Social, entre outros. Tem como objetivo a ampliação da oferta de cuidado em saúde e atenção aos usuários, ampliação das atividades de prevenção por meio de educação, informação e capacitação e enfrentamento do tráfico de drogas e das organizações criminosas. O Plano tem previsão de investimento de R\$ 3,92 bilhões para atuação articulada entre as três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Os eixos de atuação são: *cuidado*, com ações da saúde e da assistência social; *autoridade*, com ações da segurança pública e *prevenção*. Porém, o Plano acaba por ter objetivos divergentes entre si.

Nenhum documento deste Plano menciona a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003, além do que, em outros documentos, como os “Cadernos de Atenção Básica” (BRASIL, 2013), a Redução de Danos é tomada novamente como *estratégia* para o cuidado em álcool e outras drogas ou como diretriz para a Atenção Básica conceituando-a como *Redução de Danos Ampliada* para outros agravos. Colocar a Redução de Danos para outras questões ou reduzi-la como estratégia pode significar retroceder e dar espaço para uma

política mais repressiva sobre drogas, dando margem para que Projetos de Lei de internações involuntárias, como o do Deputado Federal Osmar Terra, sejam aprovados. Tomar a Redução de Danos como diretriz para o cuidado em álcool e outras drogas implica num olhar mais integral, como uma postura ética e em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Isso quer dizer que, sendo diretriz, a Redução de Danos não se limita ao trabalho do redutor. Este trabalhador continua importante, mas qualquer outro trabalhador deve operar com os conceitos da Redução de Danos em se tratando de acolhimento e cuidado a esse público em qualquer nível de assistência.

Além disso, a SENAD lançou, através deste Plano, editais para contratualização de Comunidades Terapêuticas com a previsão de 10 mil vagas para internação, indo no contrafluxo da Reforma Psiquiátrica, do trabalho em rede e da Portaria 3088 de 2011, criada pelo Ministério da Saúde, que institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Cabe colocar que não temos como objetivo nos colocarmos contra a internação, desde que ela aconteça quando há necessidade de apoio para a desintoxicação e que seja em hospitais gerais, que estão preparados para atender as demandas clínicas nos casos de crises de abstinência.

Estamos em um campo de disputa constante. Neste campo, faz-se necessário contemplar estratégias para enfrentar esses novos desafios da Reforma Psiquiátrica, ou mesmo resgatar seus princípios de que não basta fechar os hospitais psiquiátricos e criar novos serviços, mas fortalecer a rede de atenção e principalmente incidir sobre o olhar da sociedade. É preciso, ainda, repensar as formas de cuidar destas pessoas, contemplando formas de promoção à saúde, em consonância com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003b) que traz a Redução de Danos como diretriz do cuidado, ou seja, tendo o usuário como protagonista de seu projeto terapêutico e de vida.

Essa Política traz uma série de proposições que convergem com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, pois vemos a necessidade de desconstruir o senso comum de que todo usuário de drogas é um doente que requer internação, prisão ou punição. É em virtude dessas inquietações que a Redução de Danos se coloca como uma ferramenta na produção de saúde, cidadania e cuidado às

pessoas que usam álcool e outras drogas.

A Redução de Danos carrega em seu percurso algumas contribuições que vão na direção do protagonismo e da equidade aos usuários, são: 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). É sobre essa trajetória clínico-política que iremos nos debruçar agora.

2. PARA ALÉM DE UM OLHAR PRESCRITIVO E DE VIGILÂNCIA DOS MODOS DE EXISTÊNCIA

2.1 O percurso clínico-político da redução de danos

Vários tipos de categorias profissionais vem sendo convidadas a exercer funções policiais cada vez mais precisas: professores, psiquiatras, educadores de todo tipo.

Michel Foucault.

A Redução de Danos como *diretriz* de trabalho para as pessoas que usam álcool e outras drogas foi algo que se deu a partir de 2003, na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Antes do entendimento dela como diretriz, há toda uma trajetória que acompanhou tempos e espaços diferentes. De forma geral, quando falamos em redução de danos, já subentendemos que estamos falando do campo das drogas, já que foi neste campo que ela se constituiu como estratégia de saúde pública.

De acordo com o Manual de Redução de Danos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a Redução de Danos tem nascimento na Inglaterra, no início do século XX – mais precisamente em 1926 – com o Relatório Rolleston², quando médicos definiram que a maneira mais adequada de tratar dependentes de heroína e morfina era realizando uma administração monitorada de opiáceos de forma a aliviar os sintomas de abstinência, pois havia um entendimento de que esta era uma proposta terapêutica para os usuários com uma dependência mais severa.

Anos mais tarde, na década de 80, em Amsterdã (Holanda), ocorre um surto de Hepatite B. Este surto faz com que um grupo de usuários de drogas injetáveis, os chamados *Junkiboden*, se organizassem para pressionar o governo a lhes distribuir material esterilizado para o uso limpo, como seringas descartáveis. O principal argumento para essa reivindicação era de que a principal causa da transmissão da

² O Relatório Rolleston, ou Rolleston Report, poderá ser encontrado através deste link: <http://www.drugtext.org/Table/Rolleston-Report/>

Hepatite B era o compartilhamento de seringas e não se queria mais este problema para além dos que já vinham sendo vivenciados pelo fato de estarem em uma relação de maior dependência de drogas (BRASIL, 2003a). Surge então, em 1984, um programa experimental de troca de seringas para usuários de drogas injetáveis para prevenir o contágio da Hepatite B (o usuário fornecia sua seringa utilizada e trocava por uma nova) (RIGONI, 2006). Esta forma de organização deste grupo traz efeitos tanto para o campo da saúde como para o campo dos direitos humanos, pois tensiona as forças de exercício de um poder normalizador, que rotula algumas práticas como “desviantes”, separando em categorias de normalidade e anormalidade, tanto em termos de saúde como em termos jurídicos. Este movimento acaba tendo efeitos que convergem numa política de Redução de Danos para além dos problemas associados ao uso de drogas, mas à gestão de problemas sociais de forma geral (BRASIL, 2003a).

O primeiro programa de troca de seringas ocorreu em Amsterdã, mas, logo em seguida, as estratégias de redução de danos adquiriram mais força política na Europa com a propagação de um vírus que se tornou muito mais preocupante, o vírus do HIV. Com a consolidação da Aids como epidemia, a experiência de troca de seringas já estava sendo vivenciada na Inglaterra, em Liverpool, em 1985. Para Caroline Brasil, é com o advento da Aids e seu alastramento como epidemia que a redução de danos adquire força como estratégia concreta e pragmática, mas ela se fortalece a partir do momento em que os usuários de drogas e/ou portadores de HIV/Aids encontram um lugar para enunciar e reivindicar uma série de demandas que lhes são de direito (BRASIL, 2003a).

Sobre essa questão, salienta-se que:

As reivindicações vão desde seringas limpas até a exigência por respeito, direito de qualquer cidadão. Portanto é esta “combinação de interesses” por parte dos órgãos governamentais de saúde e da auto-organização dos usuários de drogas que dá ao movimento de redução de danos uma força “forte” no tensionamento com as forças que compõe as políticas combativas e repressivas e os saberes higienistas (BRASIL, 2003a, p. 49).

Com a implantação dos programas na Holanda e na Inglaterra, a redução de danos vai ganhando força e outros países passam a incorporar as estratégias a

partir de Conferências Mundiais anuais sobre o tema: em Liverpool, Inglaterra (1990); em Barcelona, Espanha (1991); Melbourne, Austrália (1992); Roterdã, Países Baixos (1993); Toronto, Canadá (1994); Florença, Itália (1995); Hobart, Austrália (1996); Paris, França (1997), etc.

Cabe destacar que há diferenças com relação ao entendimento da perspectiva de redução de danos em cada país. A Holanda, além de ter uma política de drogas mais tolerante, também trabalha com a redução de danos em uma perspectiva mais ampliada, aplicando suas estratégias para pensar outros aspectos para além da saúde. Países como Alemanha e Suíça também se aproximam desta perspectiva da Holanda, sendo que outros como Suécia e França rejeitaram a política mais aberta. A Austrália foi o primeiro país que inseriu a redução de danos na Política Nacional de Drogas, sendo que, assim como o Canadá, trabalha com a perspectiva de redução de danos tanto na saúde como na educação, problematizando os princípios tradicionais pautados no proibicionismo e no combate ao uso de drogas (MARLATT, 1999; BRASIL, 2003a).

Porém, como pontua Marlatt, ainda há uma forte resistência em fortalecer a redução de danos a nível mundial, e isto se deve, em grande parte, pela proibição do governo norte-americano em financiar programas de trocas de seringas para usuários de drogas injetáveis, adotando uma política mais rígida de combate às drogas (MARLATT, 1999). Como se sabe, os EUA têm uma forte influência econômica e política em outros países em desenvolvimento, como o Brasil, que ainda não têm um discurso unânime com relação à política de drogas como um todo.

No Brasil, a Redução de Danos teve início no campo da Aids, inspirada na experiência da Holanda e, desde o princípio foi marcada por embates e disputas técnico-políticas. A primeira experiência ocorreu em 1989, em Santos, como uma estratégia de prevenção ao contágio de HIV e Hepatites entre os usuários de drogas injetáveis através das trocas de seringas.

Essa experiência de Santos ocorreu em um terreno de muito confronto e encontrou forte resistência das forças conservadoras do município e do Ministério Público, acabando por ser suspensa por uma decisão judicial que considerava as trocas ilegais (LANCETTI, 2012). Em virtude da proibição das trocas, alguns

trabalhadores de saúde e voluntários, ligados a serviços de saúde e organizações não-governamentais – denominados ‘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).

Em 1995, Salvador inicia um Programa de Redução de Danos, tornando-se o primeiro município a realizar trocas de seringas. Mas é São Paulo o primeiro estado a sancionar legalmente essas trocas, através de uma lei de autoria do Deputado Paulo Teixeira, de março de 1998. Desde este momento, outros estados aprovaram leis semelhantes (BRASIL, 2001).

No Rio Grande do Sul, a primeira experiência ocorreu em Porto Alegre. O projeto para o trabalho em redução de danos iniciou em 1995, voltado à prevenção do contágio de DST/AIDS por usuários de drogas injetáveis. Em 1996, inicia-se o trabalho de campo com um grupo em torno de oito pessoas, sendo alguns trabalhadores da Comunidade Terapêutica da Cruz Vermelha – COTE, serviço semelhante ao trabalho do CAPS, que ainda não existia na época, e ex-usuários de drogas que frequentavam o serviço (LANCETTI, 2012).

O projeto foi implantado primeiramente em uma Unidade Básica de Saúde, onde havia um grande número de usuários de drogas injetáveis e uma equipe sensível para trabalhar essas questões com outra forma de abordagem. Neste bairro, foram colocadas algumas caixas coletadoras de seringas em locais estratégicos – ponto de ônibus, domicílio, bar. Além disso, os redutores realizavam trabalho de campo à tarde e sua presença na comunidade fazia com que as pessoas os procurassem para trazer questões para além do uso de drogas, mas sobre a saúde como um todo, tendo grande adesão a esse trabalho por parte dos usuários (LANCETTI, 2012).

Porém, 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 pelas relações precárias de trabalho que foram estabelecidas desde o início.

Essas discontinuidades não são características somente do território de Porto Alegre, mas é uma marca que a Redução de Danos carrega ao longo da sua trajetória. Porém, as possibilidades de trabalhar com esse paradigma não dizem respeito somente ao trabalhador redutor de danos, mas a outros trabalhadores da rede no que se refere à escuta e acompanhamento de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Como a Redução de Danos traz em sua trajetória clínico-política diferentes formas de entendimento, transitaremos a seguir sobre essas possibilidades de campo e atuação.

2.2 De estratégia à diretriz: as possibilidades de campos de atuação da Redução de danos

[...] quando estranho uma pintura é aí que é pintura. E quando estranho a palavra é aí que ela alcança o sentido. E quando estranho a vida aí é que começa a vida. Tomo conta para não me ultrapassar. Há nisto tudo aqui grande contenção. E então fico triste só para descansar.
(Clarice Lispector, 1973, p. 100)

Como marco político, foi na III Conferência Nacional de Saúde Mental que foi deliberada a reorientação dos Programas de Redução de Danos a migrarem do campo exclusivo das DST/AIDS para o campo da saúde mental, como dito anteriormente, trazendo como uma de suas deliberações:

Garantir que a atenção ao usuário de álcool e outras drogas adote estratégias de Redução de Danos. E, também, implantar o Programa de Redução de Danos – PRD – em todos os municípios, promovendo o envolvimento da comunidade, visando prevenir e reduzir a transmissão de DST/AIDS (BRASIL, 2002, p. 61).

A partir de então, a Redução de Danos passou a ser um importante eixo de articulação entre as Políticas de DST/AIDS e de Saúde Mental (SOUZA, 2007). Mas esse eixo de articulação não nasce de uma hora para outra, pois a Redução de Danos nasce da Política de Aids como uma *estratégia* de prevenção de HIV, mas já tem uma aproximação com a saúde mental desde o seu início, mesmo que o tema

álcool e outras drogas tenha sido tão pouco discutido no Movimento Antimanicomial, já que através das trocas de seringas, troca-se muitas outras coisas: histórias, afetos, angústias, saberes. *“Muito mais do que prevenir o HIV, entretanto, a Redução de Danos interrogou profundamente ditos e práticas consideradas como verdades inquestionáveis no campo político-reflexivo das drogas”* (PETUCO; MEDEIROS, 2010).

De estratégia de prevenção à diretriz de trabalho na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003b), acompanhou os movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica, em função de seus princípios de trabalhar com a lógica do território e o protagonismo das pessoas, engajando a participação em movimentos sociais. Esclarece-se a esse respeito que:

A inserção da RD no Brasil se dá no contexto da reabertura política, da Constituição Federal de 1988 e no cenário das lutas pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Assim, a noção de saúde ampliada, a participação e o controle social, e princípios como equidade e universalidade são bandeiras que nascem conjuntamente com o movimento social em RD, o qual vem desenvolvendo a partir da luta de sua inserção como proposta no Sistema Único de Saúde (RIGONI, 2006, p. 18).

De acordo com as colocações de Rose Terezinha da Rocha Mayer, coordenadora do Centro de Referência de Redução de Danos da Escola de Saúde Pública/RS, por toda a trajetória da Redução de Danos, os trabalhadores trazem diversas compreensões a respeito dela, podendo ser pensada enquanto estratégia, metodologia, paradigma, modo de intervenção, tratamento, tecnologia leve de cuidado, projeto terapêutico singular, princípio de vida, constructo disciplinar, diretriz de trabalho.

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). A preocupação naquele momento era com relação à contaminação de HIV/AIDS através do compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis. Não havia uma discussão maior com relação à articulação com outras políticas. Mesmo assim,

como o campo de trabalho era o mesmo, as outras questões de vida das pessoas acessadas forçavam uma ampliação da atuação da redução de danos para além das trocas de seringas. Essa ampliação passa a acontecer com 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 maioria das pessoas que fazem uso. Os redutores de danos, que já trocavam muitas coisas além dos insumos, como vínculo, afetos, histórias de vida, passam a privilegiar essas outras trocas a cada encontro com usuários. Essa é uma transição bem importante, pois em um determinado momento, se pensou que a troca agora deveria ser a de cachimbos devido à possibilidade de contágio de hepatites em virtude de, muitas vezes, os lábios ficarem rachados, resultando em muitos embates e resistências pelo mesmo receio de poder estar se fazendo apologia ao uso de drogas.

Em 2003, o Ministério da Saúde começou a trabalhar com a perspectiva de uma redução de danos ampliada, com construção de estratégias singulares e coletivas na perspectiva de rede que visasse a fortalecer fatores de proteção e a reduzir riscos em diferentes contextos e problemáticas dos modos de viver e trabalhar. Rose Teresinha da Rocha Mayer, juntamente com a equipe do Centro de Referência de Redução de Danos, que acompanhou este processo, relata que neste período, a redução de danos era pensada como estratégia para diversos problemas de saúde, porém a temática álcool e drogas foi colocada de lado e muitos municípios utilizavam o recurso que recebiam do Ministério da Saúde destinado à redução de danos, sem direcioná-lo a ações para o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas.

Com o intuito de reforçar a perspectiva da redução de danos para o cuidado em álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde lança em 2003, através do Departamento de DST/Aids, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, trazendo a redução de danos de forma transversalizada em todo o documento, passando a ser interpretada como *diretriz* de trabalho no cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas por qualquer trabalhador da saúde que for acolher esta temática. Esta interpretação foi feita a partir de diversas discussões a nível estadual e federal, com trabalhadores e

gestores de diferentes políticas, incluindo saúde mental e controle de DST/AIDS.

Entender a Redução de Danos como diretriz de trabalho para pessoas que usam álcool e outras drogas significa compreender que ela está amparada no respeito ao desejo do outro e na singularidade. Isto produz uma intervenção da saúde sem atravessamentos morais, pautada na Saúde Coletiva, assim como orientada à cidadania, se considerarmos o horizonte das políticas públicas. Deste modo, não seria possível pensar a Redução de Danos sem o SUS, já que ela materializa de forma objetiva seus princípios, diretrizes e a intersetorialidade. Militar pela Reforma Psiquiátrica e pensar em saúde mental sem considerar essa mesma lógica cidadã de cuidados para pessoas que usam álcool e outras drogas também não é possível.

Em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde reforça o entendimento da redução de danos como diretriz de trabalho a pessoas que usam álcool e outras drogas e trabalha no sentido de resgatar o usuário em seu papel autorregulador, sem a preconização imediata da abstinência, incentivando a mobilização social. Fala também da importância de reconhecer cada pessoa que usa drogas em suas singularidades e de realizar um trabalho em conjunto para traçar com ela estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida e não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, aumentando o grau de liberdade e de corresponsabilidade. Isso implica no estabelecimento de vínculo, já que os profissionais também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos para aquela pessoa (BRASIL, 2006).

Pela sua lógica de trabalho voltada para o território, a redução de danos está em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), que tem a premissa de considerar:

[...] o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (p. 2).

Ao considerarmos o território, o redutor de danos e o seu trabalho no campo é muito importante, mas não é o único agente que pode operar os conceitos de

Redução de Danos no cotidiano³. Como diretriz, a RD pode estar atravessada no fazer de qualquer profissional do campo das políticas públicas ao transversalizar as ações do cuidado com pessoas que usam álcool e outras drogas, com intervenções que passem por propiciar o estabelecimento de novas formas de relação com a droga, fortalecendo o protagonismo, promovendo a capacidade de transformação, o que significa envolver também a ressignificação dos vínculos sócio-afetivos.

Conforme Domiciano Siqueira e Rose Mayer⁴:

Redução de Danos é uma das diretrizes de trabalho do SUS. Não estabelece a diminuição do consumo como condição de acesso ou exige abstinência *a priori*, mas o protagonismo da pessoa que usa drogas. Fundamenta-se nos Direitos Humanos e considera o exercício da liberdade, os modos de viver e trabalhar, a saúde como produção e determinação social, convergindo com a posição ética e compreensiva proposta pela Saúde Coletiva. Implica um repertório de cuidado integral e intersetorial, na perspectiva da rede. Incluem conjunto de estratégias singulares e coletivos voltados as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas e sua rede social e afetiva. Dirige-se à identificação e minimização dos fatores de riscos sociais econômicos e de saúde bem como potencialização dos fatores de proteção, cidadania e defesa da vida.

É com este conceito, sistematizado a partir de todo o acúmulo de conhecimento que o Rio Grande do Sul tem com relação a Redução de Danos, que a Secretaria Estadual de Saúde tem trabalhado nas Políticas Estaduais de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Atenção Básica e DST/AIDS para desenvolver diretrizes para o cuidado no território, o que deu sustentabilidade para a criação da Política Estadual de Redução de Danos, através da Portaria Estadual 503 de 01 de junho de 2014 (RIO GRANDE DO SUL, 2014). Esta portaria, única no Brasil, institui a Política de Redução de Danos para o cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e DST/AIDS e trabalha os conceitos de Saúde Coletiva para pensar na questão do usuário e em como ele pode contribuir para o seu projeto terapêutico, trazendo para a relação técnico-usuário o seu contexto social, cultural,

³ Denis Petuco, em apresentação no Congresso Sul-Brasileiro de DST's e AIDS, 2009 – não publicado.

⁴ Conceito sistematizado por Domiciano Siqueira e Rose Mayer na Oficina de Redução de Danos ocorrida no Congresso de Crack, em Porto Alegre, julho 2010.

histórico. Tem-se, assim, a ideia do protagonismo como uma prática social, ou seja, não se dissocia a ideia de cuidado da realidade em que a pessoa vive e o que esse cuidado em saúde poderá produzir na sua vida, considerando também em cada território com suas marcas e modos de existência. Dessa forma, podemos pensar também, para além do usuário, como a redução de danos caminha por esse território e que marcas produz.

Transcorreremos agora, leitor, pelos modos de andar a redução de danos no nosso território de pesquisa/apoio, discorrendo pelas questões que se evidenciaram ali, mas que se transversalizam por outros campos, carregando uma história e uma trajetória.

3. OS MODOS DE ANDAR A REDUÇÃO DE DANOS

É preciso se distanciar para poder elaborar os afetos do campo e operar potência de criação na escrita. Mas uma distância que não seja grande o suficiente para que se perca de sentido. Na certeza de que os caminhos são vários e que não são lineares, sigo por linhas tortas pensando em retornar para um lugar que já não é mais o mesmo. E por não ser mais o mesmo é que talvez ainda haja potência de criação. Daqui de longe, lembro de passagens do campo de pesquisa e penso em como contemplar as histórias sem encaixar ou pessoalizar em alguém. A pergunta que não quer calar pra esse momento de descompasso: como transformar essa angústia em potência?

(trechos do diário de bordo)

A partir desse momento, convidamos você, leitor, a nos acompanhar nas linhas e trajetos dos modos de andar a redução de danos em nosso campo de pesquisa. O processo de aproximação com este território se deu através de muitos momentos de encontros e articulação com o município a partir do trabalho de apoio institucional para a Rede de Atenção Psicossocial desde a Coordenação Estadual de Saúde Mental. Estamos falando de um município da Região Sul do Rio Grande do Sul, de 328.275 mil habitantes (IBGE, 2013), com 42,94% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família⁵, que tem em seu território alguns dispositivos como Centros de Atenção Psicossocial: CAPS II (adulto), CAPS i (infanto juvenil), CAPS AD (álcool e drogas, que está em processo de transição para CAPS AD III – 24 horas); Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica; Programa de Redução de Danos, com seis Composições de Redução de Danos; Unidade de Acolhimento Transitório em processo de implantação e um hospital psiquiátrico ainda em funcionamento.

Considerando esta implicação da pesquisadora, não poderíamos pensar em outro modo de pesquisa senão a de uma pesquisa que possibilitasse movimento, sendo imprescindível considerar a análise das implicações dessas aproximações.

⁵ Fonte: Sala de Apoio a Gestão estratégica. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>

Realizar uma pesquisa-intervenção significou, neste contexto, a “*criação de territórios de conhecimentos-subjetividades*” que pudessem colocar “*em movimento, no mesmo ato, conhecimento, intervenção e autoria*” (MARASCHIN, 2004, p. 99). Ao tomarmos 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 pode ativar outras formas de participação que aporte nos multiversos sentidos e singularidades autorais (MARASCHIN, 2004).

Como esta pesquisa também teve por objetivo acompanhar os modos de andar a redução de danos no ir e vir entre atenção e gestão, dos caminhos entre DST/AIDS, Saúde Mental e Atenção Básica, do apoio matricial e trabalho de campo, dos movimentos como estratégia e diretriz, a metodologia da Pesquisa-Intervenção se fez bastante potente, pois esta se propõe a acompanhar os movimentos. O acompanhamento dos movimentos da equipe de Redução de Danos desse município se deu, primeiramente, através dos Encontros Estaduais de Redução de Danos e outros cursos, como o Curso de Acompanhante Terapêutico, grupos de estudo e seminários, organizados pela Escola de Saúde Pública/RS, em que havia a participação da equipe. Mas esse acompanhamento foi intensificado a partir de 2011, com minha inserção enquanto apoiadora institucional para esta região desde a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

As ações de redução de danos neste município iniciaram em 2001, com um projeto que estava sendo construído desde 1998 pelo Programa Municipal de DST/AIDS, da Secretaria Municipal de Saúde, e financiado pelo Programa Nacional de DST/AIDS e por convênios com agências internacionais. A equipe inicial era composta por uma coordenadora e cinco redutores de danos, com consultoria da equipe da saúde mental do município. Os redutores iam a campo duas vezes por semana em dois bairros mapeados como os mais vulneráveis da cidade. As ações realizadas eram voltadas aos usuários de drogas injetáveis através da troca de materiais usados por materiais descartáveis e distribuição de um kit que 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). É importante salientar

que este kit somente era distribuído para aqueles usuários que de fato se consideravam usuários de drogas injetáveis, e não aleatoriamente. Nesta época, eram distribuídos aproximadamente 1.400 aparelhos mensais.

Em 2003, houve uma mudança na coordenação e o Programa de Redução de Danos do município começou a trabalhar com outros setores da saúde e com outras Secretarias, realizando, assim, articulações intersetoriais. Nesse período, havia iniciado uma outra mudança importante com relação ao tipo de droga mais usado, da cocaína injetável para o crack, que por ter valor acessível e efeito intenso, se popularizou rapidamente. Mesmo com essa mudança, os redutores de danos continuaram o trabalho de campo, privilegiando as trocas para além dos insumos, pois já desenvolviam um trabalho de construção de vínculo, afetos, histórias de vida.

A partir de 2005, houve nova mudança de coordenação e o Serviço Municipal de Redução de Danos começou a trabalhar com uma diversidade de demandas das pessoas acessadas para além do uso de álcool e outras drogas, como a necessidade de documentação pessoal, respeito ao direito de cidadania, bem como outras questões sociais envolvendo o abandono de crianças, falta de moradia, fome, desemprego, abandono social entre outros problemas. Ao ampliar suas ações e trabalhar com outras demandas no território junto aos usuários, a Redução de Danos amplia também sua necessidade de fortalecer a articulação intersetorial. Inicia-se um trabalho de sensibilização ao cuidado pautado pela Redução de Danos nos serviços da rede, abrangendo técnicos das UBS, das ESF, dos CAPS, dos serviços de Assistência, conselheiros, entre outros, para um melhor acolhimento à população acessada e excluída dos serviços.

Atualmente, a redução de danos faz parte do organograma da Secretaria Municipal de Saúde e está sob a gestão da Coordenação de Saúde Mental. Mesmo tendo sido coordenada pelo Programa de DST/Aids até 2012, podemos perceber que, ao longo do tempo, a equipe sempre trabalhou com ações de saúde mental e fazendo articulações com outras políticas. Porém, a transição da coordenação ocorreu desde que os recursos da Programação Anual de Metas – PAM, que era um financiamento oriundo da Política de Controle de DST/Aids, encerrou e o município passou a receber incentivo financeiro estadual, que provém da Secretaria Estadual de Saúde através da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, para

implantação de Composições de Trabalho de Redução de Danos.

A equipe, após várias mudanças, atualmente está composta por vinte redutores de danos que realizam um trabalho voltado à atenção direta nas grandes sete áreas do município, denominado Trabalho de Campo. Foram criadas duplas de referência por território, demarcado para cada distrito do município. Essas duplas ficam responsáveis, além do trabalho de campo, pelo contato com os serviços de seu território, trabalhando em rede (Unidade Básica de Saúde, CAPS, Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, escolas, Conselho Gestor Local de Saúde, conselho tutelar, lideranças da comunidade).

Em janeiro de 2012, após contato com a Secretaria Municipal de Saúde, foi feita uma primeira conversa sobre a intenção desta pesquisa com o campo. No primeiro momento, conversei com as coordenações do Programa de DST/AIDS e da Saúde Mental e, após, com a equipe dos redutores de danos.

Durante a conversa para a exposição da pesquisa, a precarização do trabalho, que aparece como um dos temas desta pesquisa, já fica demarcada na fala da equipe da gestão e dos redutores de danos sobre o adoecimento de alguns redutores e do quanto estavam mobilizados com relação a isso. A equipe da gestão denominou este acontecimento como *“sintoma de má-gestão”*, pois salientam a importância da equipe de redutores manter um acompanhamento com supervisão de campo, algo que não estava acontecendo no momento. Com isso, verbalizam a necessidade de mudança dos processos de trabalho e suporte técnico para a transição que estaria por vir, que, segundo a equipe, seria lenta, pois consideram que o trabalho da redução de danos do município tem mais reverberações fora dele do que na própria rede municipal. Desta conversa com o grupo da gestão, decidiu-se uma nova coordenação para a equipe e uma gestão colegiada junto com a Atenção Básica e Programa de DST/AIDS, bem como uma pessoa de referência para o acompanhamento dos redutores de danos.

Após esse primeiro momento, demos início ao campo de pesquisa e foram realizadas seis rodas de conversas, sendo que uma delas ocorreu dentro do Encontro de Rede de Atenção Psicossocial com os municípios da região e outra serviu como restituição das narrativas da vivência da pesquisa. Também participei, junto aos redutores de danos, de um trabalho de campo no mesmo território

vivenciado anteriormente, o qual também trouxe elementos de reflexão sobre o trabalho.

3.1 Das rodas

*“Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante no hay camino
sino estelas en la mar.”*

Antonio Machado

As rodas de conversa com os redutores iniciariam num momento somente com eles para, então, pensarmos como seria a articulação com a Atenção Básica. Mas como toda a pesquisa-intervenção, os encontros se dão em ato e precisam estar abertos para o que vier a cada passo. Assim, para minha surpresa, todas as rodas tiveram uma dimensão de invenção, como o que Deleuze (1996) fala sobre a produção do novo do dispositivo e do repúdio aos universais e às formas homogêneas. Dessa forma, trazemos algumas cenas das rodas de conversa e alguns trechos do diário de campo que serviram como dispositivos e produção do novo, no sentido de conter elementos que rompem com os estereótipos.

Como dispositivo, entendemos um conjunto multilinear, composto por linhas de natureza diferentes, sendo que qualquer uma delas pode ser quebrada e bifurcada, estando sujeita a variações de direções e submetida a derivações. Deleuze demarca como primeira consequência da filosofia do dispositivo o repúdio aos universais, sendo que:

Os dispositivos têm por componentes linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de brecha, de fissura, de fractura, que se entrecruzam e se misturam, acabando por dar umas nas outras, ou suscitar outras, por meio de variações ou mesmo mutações de agenciamentos. Decorrem daí

duas consequências importantes no que concerne a uma filosofia dos dispositivos. A primeira é o repúdio dos universais. Com efeito, o universal nada explica, é ele que deve ser explicado (DELEUZE, 1996, p. 3).

A segunda consequência da filosofia do dispositivo é “uma mudança de orientação que se desvie do Eterno para apreender o novo” (DELEUZE, 1998, p. 3). O surgimento do novo ocorre já na primeira roda, quando ao chegar no campo de pesquisa e começar com uma rodada de apresentação, para então falar sobre os objetivos daqueles encontros, surge o inesperado. Os redutores chamam a atenção de que haviam reservado uma sala maior para aquele momento, pois como o projeto de pesquisa se referia a pensar nas perspectivas de trabalho da redução de danos na atenção básica, entenderam que aquele encontro já poderia ser com agentes comunitários de saúde e, portanto, haviam chamado todos os ACS de um dos territórios do município. Foi um momento extremamente potente, onde agentes comunitários e redutores de danos fizeram trocas com relação a experiência de campo, aos objetivos específicos que cada um entende como seus, os olhares que cada um tem para o território e suas concepções com relação às drogas.

Abriu-se ali um espaço de construção de diálogos e articulações de fluxos, estabelecendo-se outras condições de possibilidades de intervenção no território. Concomitante, inaugurava-se a possibilidade da invenção e autoria dos participantes no próprio andamento da pesquisa num processo que poderíamos pensar como cogestão.

Durante as outras rodas, tomaram a iniciativa de “convocar” trabalhadores da atenção básica através de ofícios enviados para as coordenações das mesmas e, com isso, pudemos contar com a presença de assistentes sociais e enfermeira.

A cogestão, realizada em Espaços Coletivos, é um caminho para a democratização e para a progressiva desalienação da maioria. A desalienação absoluta é uma utopia, o Método da Roda aposta na possibilidade de se instituírem sistemas de cogestão que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público, quanto capacidade reflexiva e autonomia dos agentes de produção (CAMPOS, 2000, p. 28).

Da primeira roda até a última, apareceu como elemento a autonomia no

processo de invenção e criação dos participantes: ao chamarem os agentes comunitários para participar logo no primeiro dia, ou então, ao mandarem cartas para as estratégias de saúde da família convidando trabalhadores ou também ao participar da organização da oficina no Encontro de CAPS da macrorregião de saúde. Podemos chamar esses elementos de mal-entendidos promissores, termo de Despret para designar o que

[...] produz novas versões disto que o outro pode fazer existir. O mal-entendido promissor, em outros termos, é uma proposição que, da maneira pela qual ela se propõe, cria a ocasião para uma nova versão possível do acontecimento (DESPRET, 1999, p. 328-330).

Esse movimento de invenção àquele espaço os colocou também no lugar de autores, desenhando uma pequena linha heterogênea que vai se bifurcando, sendo isso que Despret (2009) aponta, de que pesquisar com o outro não significa tomá-lo como objeto de nossas intervenções, mas de colocá-lo como participante delas também.

Na terceira roda de conversa, estavam presentes além dos redutores, mais trabalhadoras representando a atenção básica, cada uma de um território diferente. Discutimos dois casos que foram trazidos conforme o combinado no encontro anterior, falando também das relações que estabeleceram ou não com a rede intersetorial. Um deles tratava-se de um idoso em situação de extrema vulnerabilidade, morando em um espaço cedido por um bar em um bairro do município que fora encaminhado para a Redução de Danos através do CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social). Ele pertence ao território da Unidade de Saúde na qual trabalha a assistente social citada anteriormente e o caso estava sendo trazido pela dupla de redutores que havia ficado como referência para aquele território. Quando um deles fala do caso, a assistente social comenta que estava acompanhando o mesmo e que havia referenciado para o CREAS, por entender que ali se tratava de um caso de violação de direitos, já que o vínculo com a família estava rompido.

O grupo discute sobre os fluxos produzidos na rede, falando também da necessidade de mostrar à rede o que é o trabalho do redutor de danos, pois alguns casos poderiam ser acompanhados pelos próprios encaminhadores. Os redutores

dizem receber essas demandas, pois a “rede sabe que a equipe sempre dá conta” (sic). Colocamos como questão: será que esse “sempre dar conta” não é uma forma de ocupar um lugar de reconhecimento, na medida em que o trabalho da redução de danos esteve sempre atrelado a financiamentos precários?

Ao encerrarmos a terceira roda de conversa, falamos das razões que fazem sensibilizar os trabalhadores para o cuidado com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, já que não há formação que garanta a suspensão da moral. Uma das pessoas do grupo propõe que pudéssemos falar no próximo encontro sobre os motivos que levaram cada um que estava ali a se sensibilizar com uma outra forma de cuidado. E assim iniciamos a quarta roda, onde uma pessoa da gestão estava presente e onde se ampliou a participação de trabalhadores da atenção básica.

E como havia uma participação maior de trabalhadores da Atenção Básica, lancei como questão que cada um pudesse falar dos motivos que os levaram a se aproximar da redução de danos. Muitos que estavam ali representando a Atenção Básica fizeram trabalho junto a alguns dos redutores antigos e se sensibilizaram. Pudemos trazer algumas falas sobre esse momento, pois nos diz o quanto essa aproximação é bastante singular e pautada pelas possibilidades de encontros que foram se dando ao longo das trajetórias de cada um.

O momento mais importante, conta uma das trabalhadoras da Atenção Básica, era quando a equipe da ESF identificava casos difíceis e os redutores acabavam sendo o elo. Eles organizaram o acolhimento de redução de danos todas as quartas na Unidade de Saúde. E o grupo acaba deixando claro de que, como com qualquer outra demanda, quando não se tem apropriação o suficiente para ofertar algum cuidado específico, é preciso se instrumentalizar. Até que houve o momento de transição da equipe. Os redutores que estavam mais vinculados àquela Unidade de Saúde saíram e houve uma descontinuidade do trabalho. Com isso, houve também uma mudança de concepção do cuidado em saúde com relação a internação, que voltou a ser um recurso mais utilizado.

Já uma das redutoras que entrou nesse último contrato diz ter feito a seleção sem saber muito bem do que se tratava, é formada em direito e trabalha com

conciliação de famílias. Na opinião dela e da equipe, isso não tem sido um entrave, pois ela tem se afetado muito com o que tem vivenciado.

(trechos do diário de bordo)

Neste dia, os representantes da atenção básica falaram da importância de ter os redutores de danos mais presentes, pois algo se perdeu quando houve a mudança na equipe. Fiz a proposta de que sentassem em grupos menores por territórios para que pensassem em estratégias de aproximações e dali surgiram muitas possibilidades, entre elas, a de dar continuidade a estes encontros independentemente da pesquisa. O grupo então nomeou aquele espaço ali de “Fórum de redução de danos na atenção básica” e combinaram encontros mensais, bem como outros encontros em cada território com sistemáticas diversas. Combinamos também que o último encontro se daria durante o Encontro de CAPS que ocorreria ali mesmo no município e que o grupo ficaria responsável, junto comigo, de realizarmos uma oficina de redução de danos para os participantes.

Ao nos reunirmos para planejar a oficina, uma das redutoras trouxe vários casos impressos sugerindo que pudéssemos trabalhar a partir deles com os participantes com dinâmica de dramatização. Todos os casos que foram sugeridos traziam a questão do objeto da droga bem salientado, fazendo relação com violência e vulnerabilidades. Um dos redutores apontou que o objetivo daquela oficina com outros participantes era de fazê-los pensar nas diversas possibilidades de intervenção para além do foco na droga e de que fazer redução de danos era, muitas vezes, falar de tudo, menos da droga, pois da droga já se fala bastante. Pensou-se então em discutirmos junto com o grupo o caso que eles gostariam de levar e, dentre vários que surgiram, foi escolhido o caso que havíamos discutido na nossa terceira roda de conversa.

Foram formados três grupos para encenar o caso, constituído por diversos trabalhadores de vários municípios participantes do Encontro de CAPS. Um dos grupos deu enfoque na reunião de equipe da ESF para construir um Projeto Terapêutico Singular a partir de discussão do caso, onde se desconstruiu a possibilidade de internação como tratamento, no sentido de que este encaminhamento poderia fragilizar o vínculo com o usuário. Outro grupo fez a

dramatização focando em possibilidades de intervenção no território e com a família, salientando que o trabalho maior é o da promoção da saúde, e não só o de “apagar incêndios”. E a última encenação teve como foco o trabalho do redutor de danos no encontro com este usuário, trabalhando com o sujeito e suas possibilidades de escolhas e desejos, e não focando na substância.

Ao final, durante a discussão, o grupo fala sobre os diversos olhares sobre a mesma situação que acabaram por produzir três cenas distintas. Transcorrem sobre o entendimento que cada um tem de rede, salientando que a rede é pessoal e que se acessa as pessoas, e não os serviços, que são estanques. *“É muito mais fácil falar com o Pedro do que com os serviços. É preciso olhar mais a rede e falar com menos preconceito”* (trechos do diário de bordo). Falaram sobre a importância de se articular como rede para além dos municípios, combinando um espaço de encontros entre os municípios da região de saúde com os trabalhadores para o fortalecimento da redução de danos.

Além das rodas, nos trabalhos de campo que pude acompanhar, apareceram elementos para pensarmos nas dificuldades que os redutores enfrentam em ato, ali no campo, a começar pelo meio de transporte que a equipe utiliza, que ora funciona, ora não. Mas também apareceram elementos que mostram um trabalho de criação e autoria, na medida em que eles se reúnem na sala antes de ir a campo para discutir que territórios irão e quais possíveis intervenções, como também utilizam o tempo de retorno para compartilhamento.

As rodas de conversa e o trabalho de campo possibilitaram que o grupo pudesse discutir temáticas como: a Redução de Danos como estratégia e como diretriz; o papel do Hospital Psiquiátrico no município e a relação da Redução de Danos com a Reforma Psiquiátrica; a transição da Redução de Danos da Aids para a Saúde Mental e as perspectivas de trabalho para a Atenção Básica; o fazer do redutor de danos; e a precarização do trabalho. Outras discussões também surgiram, porém esses pontos se repetiram e transversalizaram todos os encontros e, por isso, tomamos como temáticas para aprofundar mais adiante nos capítulos que seguem essa escrita.

Sempre ao final das rodas, fazíamos um momento de avaliação e de combinações para o próximo encontro. Para a avaliação, pedíamos que cada um que estivesse ali pudesse falar ao menos uma palavra sobre o que se passou no

encontro, como *“Saio daqui pensando em...”*. Ao longo dos encontros, no momento da avaliação, se sobressaíram palavras ou frases como *“cuidado”, “escuta”, “fortalecimento de vínculo”, “encontros ajudam na nossa saúde mental”, “partilhar para se cuidar”*. Foram estas palavras que nos apontaram para o enlace da Redução de Danos com Linhas de Cuidado, entendendo que estes espaços das rodas de conversa também foram pontos de costura importantes destas linhas.

Ao longo dos encontros, pude perceber uma maior participação do grupo nas falas, bem como um maior compartilhamento entre eles. Algumas pessoas que haviam ficado completamente em silêncio nas primeiras rodas, já traziam propostas para os próximos encontros e casos para discutir. Parece que, independentemente do efeito que os temas trabalhados tiveram sobre o grupo, as rodas já tiveram uma função, que foi a de fazer a palavra rodar.

E a palavra também rodou e circulou através da escrita, pois para registrar os movimentos e acontecimentos da pesquisa, a ferramenta utilizada foi o diário de bordo, que serviu como o principal dispositivo de análise da pesquisa-intervenção. A escrita se fez potente, pois possibilitou-me descrever os encontros, reescrevê-los e, assim, analisar as intensidades, as produções de sentidos e os atravessamentos institucionais que se passam no território, bem como as implicações que me atravessavam no ato de intervir. Dessa forma, o diário de bordo também foi a própria pesquisa, tendo em si a função de descrever, analisar e possibilitar a passagem de intensidades que produzam novos sentidos sobre o cuidado em álcool e outras drogas.

A escrita do diário de bordo, que muitas vezes traz o pronome “nós” como referência às discussões e combinações das rodas de conversa, em outras vezes o pronome “eu”, para falar das sensações geradas, possibilitou colocar em análise os diferentes papéis que vivenciei no campo de pesquisa. Também, me possibilitou exercitar a escrita, no sentido de me desprender de um formato mais descritivo para uma forma singular de narrar o vivido.

Pozzana e Kastrup (2009) falam da importância do diário de bordo enquanto relatos das intervenções para captar e descrever o que está no plano intensivo das forças e dos afetos. E como é preciso fazer a palavra rodar e circular, a seguir trataremos para discussão outro ponto importante, que é com relação ao meu papel

que também rodou e circulou entre apoiadora e pesquisadora.

3.2 Do apoio nas rodas

“Olhar dá medo porque é risco. Se estivermos realmente decididos a enxergar não sabemos o que vamos ver. (...) Tudo o que somos de melhor é o resultado do espanto. Como prescindir da possibilidade de se espantar? O melhor de ir para a rua e espiar o mundo é que não sabemos o que vamos encontrar. (...) (Essa é a maior graça de ser gente).”

Eliane Brum, 2005

De todos os espaços percorridos, pulsa mais nesse trabalho o lugar da pesquisadora vinculado à gestão, no papel de apoiadora institucional para o mesmo território da pesquisa, que por vezes se entrecruzou nesse emaranhado de linhas com o papel de pesquisadora, merecendo um olhar especial sobre a análise de implicação. *“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 (*idem*). E já que esse lugar de gestora/apoiadora se fez presente no papel de pesquisadora, não podemos abandoná-lo. Ao contrário, será preciso colocá-lo em questão.

Foi preciso muitas vezes considerar e analisar a minha relação pessoal com os antigos redutores e o que essa relação poderia intervir nas rodas de conversa quando o tema da precarização e da não renovação do contrato surgia ou quando falavam sobre o adoecimento de uma das redutoras; também o meu trabalho como consultora na Política Estadual de Saúde Mental e como referência de apoio institucional para aquele território foi um importante analisador, considerando as idas e vindas ao território e seus diferentes papéis.

O ponto de maior tensão com relação à minha implicação com o objeto de pesquisa revelou-se para mim nos momentos em que os encaminhamentos para

internação dos usuários em hospital psiquiátrico eram trazidos de forma bastante frequente. Não sentia que havia ali uma problematização sobre o porquê destes encaminhamentos, e até mesmo sobre se eram realmente casos de internação e, caso fossem, por que não para um hospital geral? Em vários momentos, tentei provocar essa problematização, mas ela não se tornou questão para o grupo.

Quando menciono a ocasião de uma das rodas em que se falou do excesso de medicalização na atenção básica, perguntando para o grupo se esta não seria uma questão para poder se aproximar mais, já que tem muita relação com o trabalho da redução de danos, uma das redutoras me questiona sobre como eu achava que eles poderiam intervir, já que não é uma demanda que chega diretamente a eles. Devolvo a questão para o grupo, perguntando o que eles achavam e ela me diz: *“ah, lembrei, você está aqui como pesquisadora”*.

Mas qual realmente é a diferença nos dois papéis? Já que o trabalho do apoio é o de trabalhar com os saberes do grupo, potencializando suas ações, essa não deveria ser uma diferença muito visível. Será que se torna visível porque o papel da gestão tem servido muito mais de apoiador gerencial, no sentido de estar relacionado a uma política de governo, do que apoiador institucional? Dessa forma, a pesquisa convoca também a uma reflexão nas intervenções enquanto apoiadora institucional da Secretaria Estadual de Saúde, bem como a metodologia escolhida, ao levar à análise das implicações, possibilita pôr em análise o papel do gestor a partir da pesquisa sobre RD.

Como consultora da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, me inseri no processo de trabalho dos grupos georreferenciados instituídos pela Secretaria Estadual de Saúde para dar conta do trabalho de aproximação com o território a partir da ferramenta do apoio institucional.

Nesta perspectiva de Apoio Institucional, trabalhamos vinculados a outras políticas, como Atenção Básica, Alimentação e Nutrição, Ciclos Vitais, Assistência Farmacêutica para estimular a problematização do cotidiano pelas equipes de Atenção Básica e a gestão local das redes de atenção, juntamente às Coordenadorias Regionais de Saúde, com o objetivo de aumentar a capacidade resolutiva das equipes a partir da análise e intervenção diante das demandas concretas.

Com as outras políticas do grupo georreferenciado, o trabalho como apoiadores institucionais tem o papel de auxiliar as equipes a colocar seu próprio trabalho em análise, identificar os nós críticos para produzir junto aos trabalhadores possibilidades de enfrentamento dos problemas cotidianos, potencializando as experiências singulares e evitando processos de culpabilização e de produção da impotência e estimulando ações inovadoras.

Para Campos (2000), o Apoiador Institucional não deve ter a postura de passividade omissa dos consultores e nem a pretensão dos supervisores, que é a de operar à revelia dos grupos.

Escolhemos trabalhar com o Método da Roda na perspectiva que Gastão Campos nos traz com o campo nessa pesquisa-intervenção por ser 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 e, também, porque tem sido o método adotado para o trabalho com o coletivo por Supervisores Matriciais e Apoiadores Institucionais.

Então, para pensar sobre o apoio institucional cujo desafio é “construir um Método que, simultaneamente, analisasse e lidasse com a produção de coisas e de pessoas” e “repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho” (CAMPOS, 2000, p. 14), utilizamo-nos do Método da Roda, bastante usado para pensar o papel do apoiador institucional e a cogestão de coletivos:

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 desrespeitar 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)

E também nas rodas de uso de drogas, onde os redutores de danos se inserem para realizar trocas e estabelecer vínculos. Se são essas as rodas em que o trabalho da redução de danos se faz mais potente, não poderia deixá-las de fora. E não deixei. Ao me fazer presente também em alguns desses momentos, pude vivenciar junto aos redutores esse real que se sobrepõe nas ruas da periferia da

cidade e toda a intensidade do trabalho vivo em ato que acontece a cada encontro no território. Isso proporcionou uma aproximação maior com o grupo e fortaleceu a relação de confiança.

Christian Sade, Gustavo Cruz Ferraz Jerusa e Machado Rocha (2013) trabalham a importância da relação de confiança no processo de pesquisa, sendo fundamental na criação de novas conexões com a diferença. A confiança pode se estabelecer a partir de uma relação de sintonia, que nos ajuda ao engajamento com a experiência num plano comum e indeterminado. Trazem como exemplo uma pesquisa em que, quando os pesquisadores se aproximam dos sujeitos da pesquisa e se colocam a vivenciar conjuntamente a experiência (grupo com familiares de crianças cegas, que se propunha a assistir filmes e realizar discussões), um efeito importante surgia, que era o da diluição do lugar hierarquizado de especialistas dos pesquisadores, já que eles passaram a ser considerados parte integrante, mesmo que ocupassem lugares diferenciados.

Gastão Campos (2000) fala que a presença do Apoiador Institucional nas rodas “implica sempre a possibilidade de controle sobre o grupo” (p. 186). Porém, também facilita a abertura de comunicação, quando esta aparece truncada, ao se colocar no papel de mediador. Também cabe ao Apoiador Institucional, nesse processo coletivo de apoio, trazer para dentro do grupo e das equipes as “diretrizes definidas nos níveis superiores de poder”, bem como as “diretrizes organizacionais e orçamentárias, diretrizes políticas, programas, indicadores de avaliação e, particularmente, a reflexão sobre interesses e necessidades do público externo à Organização” (CAMPOS, 2000, p. 187).

Destaco a palavra “controle” para colocar em análise a relação que se estabelece entre Apoiador e equipe de apoio, mais especificamente quando o Apoiador se encontra na máquina do Estado. Não só para colocar em análise, mas para problematizar, já que Gastão Campos também coloca que um contrato de apoio somente se estabelece quando há sujeitos com algum grau de autonomia. “Em relações de poder desequilibradas, não há contrato, mas apenas imposição de fatos consumados” (CAMPOS, 2000, p. 188). Então, de que forma o apoio àquele território tem se dado? Tem possibilitado espaços de criação e de invenção? As linhas a seguir trarão narrativas das rodas que apontarão para algumas questões

relativas aos modos de invenção – ou não – desse campo, vinculados também à relação do apoio / pesquisadora.

4. TRANSIÇÃO DA REDUÇÃO DE DANOS: AIDS, SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

A partir de agora, transcorreremos sobre a vivência do campo de pesquisa, trazendo a transição da Redução de Danos da Política de AIDS para a Saúde Mental no campo micropolítico, ao trabalhar mais intensamente com as narrativas desse território vivo e pensar sobre as perspectivas de trabalho na Atenção Básica. Essa vivência possibilitou que pudéssemos aprofundar questões importantes que estabelecem um traço comum que atravessa a Redução de Danos em outros locais em que se pode acompanhar essa perspectiva de trabalho.

Dentre as principais questões que emergiram, trabalhamos a Redução de Danos como função e a função do redutor de danos; a transição da redução de danos como estratégia e diretriz do cuidado; a relação e os impasses com a Reforma Psiquiátrica quando o próprio território dispõe de um hospital psiquiátrico; as linhas e fluxos de um cuidado no território e as possibilidades de intervenções com contribuições da estética da existência, ao pensar a redução de danos como um cuidado de si; e a precarização do trabalho, que transversaliza todo o percurso da Redução de Danos e que se atualiza neste campo de pesquisa.

Cada uma destas questões serão acompanhadas de narrativas das rodas para apontar de que forma essas problematizações se atualizam no campo micropolítico deste território de pesquisa.

4.1 A Redução de Danos como função e a função do redutor

O legal do redutor é não ter uma formação, pois assim ele não é nada, mas pode ser tudo e se autorizar a ser muito mais.

(trechos do diário de bordo)

Falamos no campo macropolítico da trajetória da Redução de Danos de estratégia à diretriz em sua transição da Política de DST/AIDS para a Saúde Mental, porém, no campo micropolítico, como essa transição permeia o fazer e as práticas

no território? Como transversalizar as ações, buscando uma maior sustentabilidade, sem perder a especificidade do trabalho de campo do redutor de danos?

Originalmente, a Redução de Danos era voltada apenas para a prevenção de doenças de transmissão sanguínea entre os usuários de drogas injetáveis. A sua prática chegou a ser identificada somente como troca de seringas. Aos poucos, foi sendo vista pela essência de seus princípios, que é o “respeito ao usuário de drogas pelo direito aos seus produtos de consumo e as suas práticas” (CONTE *et al*, 2004, p. 64). Alguns redutores dizem ter vivenciado a transição da redução de danos no próprio trabalho de campo nas cenas de uso de drogas, pois a forma de abordagem, que antes era prioritariamente a troca de insumos, aos poucos foi se redesenhando e traçando outras possibilidades de contato e construção de vínculo, fazendo com que os insumos continuassem a se fazer presentes, mas a partir de uma perspectiva de promoção de saúde e das demandas do usuário.

Rigoni e Nardi afirmaram em 2005 que uma das formas de instituir a Redução de Danos seria inserindo ações nos serviços da Atenção Básica, considerando-se que esta já está inserida no território. Outra forma poderia ser através de contratação do redutor para a Estratégia de Saúde da Família como um agente comunitário especial. Porém, também afirmam que este tipo de contratação poderia trazer como risco justamente a perda da especificidade do trabalho do redutor de danos, pois ele acabaria por assumir as funções de um agente comunitário de saúde além das de redução de danos. Eles também já traziam a resistência de contratações deste tipo pelo esforço de manutenção de uma identidade profissional, pois a pouca institucionalização das práticas de RD ao se aliar à perda da especificidade do trabalho poderia diluir suas práticas. Por isso a dificuldade em afirmar essa proposta (RIGONI; NARDI, p. 280).

Esta questão está ainda colocada nos dias de hoje e na vivência da pesquisa, pois há um forte apelo em diferenciar o trabalho do redutor de danos dos demais profissionais que se autorizam em trabalhar com esta concepção. Percebemos dois efeitos importantes com relação ao entendimento da redução de danos como diretriz ou como estratégia: quando a redução de danos é entendida como estratégia, a figura do redutor é entendida como fundamental e como a única que pode operar esse trabalho; quando a redução de danos passa a ser diretriz,

passa a transversalizar o fazer de todos que se ocupam do cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas, para além da figura do redutor. Porém, ao transversalizar a redução de danos para todos os profissionais que se ocupam disso, a figura do redutor acaba por ficar fragilizada e, juntando-se isto à precarização, passamos a ver uma busca corporativa pelo cargo do redutor de danos.

Rafaela Rigoni já apontou isso em 2006, ao falar da sua experiência como trabalhadora de redução de danos junto a outros profissionais, em que diz ter escutado diversas vezes que o trabalho que realizavam não se legitimava como o do “verdadeiro” redutor de danos, já que se diferenciava daquele realizado pelo redutor “clássico”, pois envolvia trabalho com a comunidade e Agentes Comunitários de Saúde, supervisões e discussões de casos, sensibilização e vinculação com as equipes das Unidades de Saúde e organização de material sobre redução de danos para os ACS (RIGONI, 2006).

Esta experiência se atualiza em nosso campo de pesquisa, na medida em que, devido a saída dos antigos redutores e a entrada de doze redutores novos, em diversos momentos foi falado que o trabalho da redução de danos havia terminado no município, pois os novos não saberiam fazer o trabalho de campo. Percebemos também uma resistência dos redutores de danos antigos com os redutores que não viveram a relação com o uso de drogas e o início da estratégia de redução de danos. Nesse ponto, apontamos para uma certa “prescrição” de um modo de ser da redução de danos, como se quem não tivesse a experiência com o uso de drogas não tivesse legitimidade para atuar nesse trabalho com as pessoas que fazem uso. Obviamente que ter tido essa experiência faz diferença na relação com esta população, pois nas cenas de uso os redutores acabam sendo convocados a dar algumas dicas de cuidado com relação aos usos e tirar dúvidas sobre as diferentes drogas. Portanto, mesmo que os trabalhadores não façam uso, se abrir para este conhecimento é importante na construção do vínculo e na relação de confiança.

Em um dos momentos de trabalho como apoiadora institucional da Coordenação Estadual de Saúde Mental, organizamos uma oficina sobre redução de danos com trabalhadores de saúde que fazem parte das Composições de Trabalho de Redução de Danos de diversos municípios da região Sul do RS no

trabalho do apoio institucional. Dois redutores de danos do município em que se deu a pesquisa-intervenção participaram como facilitadores da roda de conversa para trabalhar dois enfoques: trabalho de campo e apoio matricial. Eles iniciaram a roda de conversa com a seguinte afirmação: *“Para ser redutor é preciso ter perfil e se autorizar para isso”*.

Mas o que se quer dizer com *“ter perfil e se autorizar para isso”*? Essa afirmação nos leva a outras questões relacionadas à formação do redutor de danos, pois sabemos que este trabalho implica em um descolamento da moral com relação aos usos de drogas para o trabalho com esta população. E como formar para suspender a moral? A suspensão da moral não é algo que se aprende em algum curso ou em alguma formação, esse descolamento das questões morais presentes em cada um de nós que diferencia a ética da moral é muito mais uma operação subjetiva⁶ do que algo que possa ser passado num espaço de formação.

E aí, então, cabe aqui colocar outro impasse que é com relação a como pensar a sustentabilidade da redução de danos, sem perder a especificidade do redutor de danos e contemplando a sua experiência. Essa é uma questão há muito tempo discutida pelos coletivos que se ocupam desse tema, tanto por parte do controle social, como da atenção, educação e gestão.

O lugar de consultora da gestão estadual de saúde mental permitiu a participação em um grupo de trabalho, formado pelas equipes da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Coordenação Estadual de DST/AIDS e do Centro de Referência de Redução de Danos – CRRD – da Escola de Saúde Pública do RS. Este coletivo teve como objetivo pensar e formular alternativas de inserção efetiva da Redução de Danos na política pública de saúde mental do RS, pois, mesmo que a Redução de Danos já ultrapassasse o campo da política de DST/AIDS – onde tem origem – e ganhasse lugar no cotidiano das práticas de cuidado em saúde mental, ela não tinha, até então, reconhecimento e sustentabilidade na política de saúde mental para isso. Nos disse, em certo momento, uma das pessoas que coordenaram o Programa de Redução de Danos em um de nossos encontros: *“a redução de danos pertence à saúde mental de direito, mas não de fato”*. Essa frase

⁶ Termo utilizado por Rose Terezinha da Rocha Mayer, do Centro de Referência de Redução de Danos da Escola de Saúde Pública/RS.

é um analisador, no sentido de que realmente a Política de Saúde Mental nunca havia se ocupado em assumir a redução de danos para si.

Este grupo de trabalho, então, formulou uma Resolução aprovada na Comissão Intergestores Bipartite – CIB – de número 038/2012, substituída após pela Resolução 234/2014, que institui recurso financeiro Estadual para a implantação de Composições de Redução de Danos em âmbito municipal, tendo como função o Trabalho de Campo nas cenas de uso de drogas e Apoio Matricial na rede local de saúde sobre o cuidado em álcool e outras drogas na Atenção Básica⁷.

A definição desses dois enfoques de atuação para as Composições de RD – trabalho de campo e apoio matricial – permite articular as ações de redução de danos nas Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Atenção Básica e DST/AIDS e visa potencializar o trabalho do redutor de danos, transversalizando seu conhecimento na rede de saúde, pelo compartilhamento com os demais atores do cuidado. Conhecimento este que tem a especificidade de se produzir na aproximação às cenas de uso de drogas, através do vínculo e do acompanhamento de usuários para a promoção de saúde.

Trabalhar a partir desses dois enfoques também visa potencializar o trabalho do redutor de danos, transversalizando seu conhecimento na rede de saúde, pelo compartilhamento com os demais atores do cuidado. Conhecimento este que tem a especificidade de se produzir na aproximação às cenas de uso de drogas, através do vínculo e do acompanhamento de usuários para a promoção de saúde.

Ocorre que, ao longo do tempo e do acompanhamento através do Apoio Institucional aos municípios que implantaram as Composições, quem menos conseguiu se ocupar realmente do trabalho de campo da redução de danos foram

⁷ A Resolução CIB 038/2012, que foi substituída pela Resolução CIB 234/2014, prevê incentivo financeiro estadual para municípios acima de 16 mil habitantes para realizar trabalho de campo de redução de danos e apoio matricial na rede local de saúde. Cada Composição poderá dar cobertura para uma população de 16 mil habitantes, podendo ter mais de uma Composição em um mesmo município. A constituição do trabalho pode ser de duas formas: Modalidade I - COMPOSIÇÃO DE EQUIPE DE REDUÇÃO DE DANOS: processo de trabalho composto por trabalhadores contratados por processo seletivo público ou concurso público, com dedicação de, no mínimo, 20 horas semanais para realizar trabalho de campo de Redução de Danos, trocar experiências e matriciamento na rede local de saúde; e Modalidade II – COMPOSIÇÃO INTERSETORIAL DE TRABALHO DE REDUÇÃO DE DANOS: processo de trabalho composto, necessariamente, por trabalhadores de diferentes serviços/setores, com dedicação de, no mínimo, 12 horas semanais para as mesmas ações.

as Composições Intersetoriais, justamente as que apostávamos como tendo uma maior sustentabilidade, já que os trabalhadores que fazem parte desse tipo de Composição são os que já têm algum tipo de vínculo de trabalho com o município e já estão inseridos em algum serviço de saúde mental, atenção básica ou da rede intersetorial, como a assistência social.

Então, o que vimos ao logo do acompanhamento, de forma mais abrangente com relação aos dois tipos de Composições de Redução de Danos foi que as Composições de Equipe, as que possibilitam a contratação de redutores, acabaram se ocupando mais do trabalho de campo, mas não tanto do apoio matricial e articulação com a rede. Isto colocado de uma forma geral, pois o município que acompanhamos como campo de nossa pesquisa instituiu Composições de Equipe e, mesmo que não esteja trabalhando fortemente com a ferramenta do apoio matricial, vem fazendo articulações com a rede, principalmente a atenção básica. Já as Composições Intersetoriais não conseguiram se ocupar do trabalho de campo, mas conseguiram se ocupar do apoio matricial para as equipes de atenção básica, o que também é importante, mas que, sem a especificidade do trabalho de campo nas cenas de uso, acaba não se ocupando de trabalhar a redução de danos nas cenas de uso de drogas.

Muitos trabalhadores referem não conseguir ir a campo, pois, como não viveram a experiência do uso de drogas, se sentem inseguros e não se autorizam. Essa autorização, como colocada pelos redutores de danos em oficina citada anteriormente, é interna, de cada um, e é também uma operação subjetiva, pois não há como contemplar a vivência do uso de drogas num processo seletivo.

Então, se um dos efeitos da redução de danos como diretriz é pulverizar a redução de danos como se fosse de todos, perdendo a especificidade do trabalho de campo do redutor de danos propriamente dito, quais os deslizamentos possíveis?

Uma das possibilidades seria o deslocamento do redutor de danos para o papel de apoiador, pois ao estar presente nesses dois lugares com essas duas funções – trabalho de campo e apoio matricial – traz como potência a sua experiência nas cenas de uso de drogas no território para que outros profissionais de saúde possam se aproximar, mesmo que seja pelas narrativas, dos modos de

ser de cada usuário em sua matriz social, nas linhas de cuidado que são tecidas por esses encontros. Dessa forma, percebemos o quão próxima a redução de danos está do trabalho de consolidação e avanços da Reforma Psiquiátrica, já que a potência do cuidado a partir deste paradigma está no encontro onde a vida acontece. Por isso a aposta da redução de danos como diretriz, cabendo a todos que se ocupam do cuidado em álcool e outras drogas.

Mas será que a relação da Redução de Danos está mesmo dada no cotidiano do trabalho?

4.2 Relação e impasses com Reforma Psiquiátrica

Logo ao chegar ao encontro com os redutores de danos para explicar sobre a pesquisa, uma das redutoras fala sobre o caso de um usuário que vem acompanhando, o qual tem feito uso intenso de crack. Fala sobre ter feito encaminhamento para internação no Hospital Psiquiátrico do município. Pergunto se não havia vaga no hospital geral do município ao lado que tem Hospital Geral como referência da Região de Saúde a que pertence o município em questão. Ela me responde que não chegaram a ver, pois havia vaga no Hospital Psiquiátrico, que é mais próximo. Coloco em questão os encaminhamentos para internação. Alguns a veem como única alternativa. A coordenadora da equipe de Redução de Danos aponta que a maioria dos pedidos para a internação não tem nada a ver com o uso de drogas, pois são outros motivos que levam a este encaminhamento. O fato de ter hospital psiquiátrico no município torna banal os pedidos por internação pela rede. A ala para desintoxicação está sempre cheia e, segundo eles, tem sido mais fácil acessar o hospital psiquiátrico do que o CAPS.

Na roda de conversa com redutores de danos e agentes comunitários, uma agente comunitária fala sobre os acompanhamentos que tem realizado na sua microárea e dos casos em que tem acompanhado situações com relação ao uso de álcool e outras drogas. Fala de uma família que vem acompanhando, cuja mãe traz a

queixa de que o filho está fazendo uso de drogas. Chegou a conhecer o filho, mas não conversou com ele. Baseou-se no relato da mãe. Levou o caso para a médica da atenção básica, que indicou internação no hospital psiquiátrico. A agente fala que talvez tenha agido errado em ter se aproximado tanto desta família, pois pode ter se colocado em risco. Perguntamos se o usuário estava em crise, ela afirma que não, apenas guiou-se pelo relato da mãe, que diz que o filho faz uso intenso de drogas. Coloca em questão o risco, mas não questiona o encaminhamento para internação no hospital psiquiátrico.

(trechos do diário de campo)

Já trabalhamos, no campo macropolítico, a relação da Redução de Danos com a Reforma Psiquiátrica, em seus campos de disputas e lutas por maior autonomia e protagonismo do usuário no cuidado em liberdade. Mas é ali, no campo micropolítico, do trabalho em ato, que percebemos se essa relação está estabelecida ou não.

Conte *et al* (2004) falam que as contribuições da Reforma Psiquiátrica para o campo do uso de drogas seriam: as ações permanentes de “abrir” os manicômios – e não somente das instituições, já que os manicômios mentais são instituídos a qualquer momento, pois “se trata de uma lógica de controle disciplinar dos desviantes” (p. 61) – e a necessária humanização da relação entre profissionais e usuários.

Pois bem, o município do nosso território de pesquisa possui ainda uma instituição manicomial no sentido espacial e não somente experiencial do termo, sendo um dos seis hospitais psiquiátricos ainda existentes em nosso Estado. Esse hospital ainda é bastante utilizado pelos serviços da rede e, muitas vezes, com encaminhamentos que não demandariam necessariamente internação, mas um cuidado mais intensivo. Vários motivos poderiam explicar essa relação da rede com o hospital psiquiátrico. Um deles é o de que o município não tem leitos de saúde mental contratualizados no hospital geral. Mas, ainda assim, isso não seria uma barreira, já que o município pode acessar outros hospitais gerais da região através da Coordenadoria Regional de Saúde.

Na relação de apoio institucional, muitas vezes diversos trabalhadores da

rede falavam sobre o hospital psiquiátrico como uma das possibilidades de encaminhamento. Isto surgia em meio a algum relato de caso ou fluxos da rede, mas não como uma problematização. O fato de o hospital psiquiátrico ainda existir no município e isso não aparecer como questão para os trabalhadores, apontava para uma comodidade da permanência e uma certa paralisia para construir outras redes dentro e fora do município.

Essa problematização sobre a existência do hospital psiquiátrico também não apareceu durante as rodas com os participantes na pesquisa-intervenção, nem por parte dos redutores e nem por parte dos trabalhadores da Atenção Básica. Mas alguns trabalhadores da Coordenadoria Regional de Saúde e do município já explicitaram nos momentos do trabalho de apoio institucional e em outros momentos de encontros estaduais de saúde mental sobre sua preocupação com a manutenção do mesmo, pois há casos de extrema violação de direitos humanos, como toda instituição total.

Na segunda oficina com os redutores de danos, falamos sobre as questões que mais apareceram na oficina anterior, sendo a internação em hospital psiquiátrico uma delas. Pergunto sobre como eles veem a relação da redução de danos com a reforma psiquiátrica. Uma das redutoras defende que redução de danos é reforma psiquiátrica, pois a essência do seu trabalho é no território. Porém, não vê problemas em utilizar o recurso dos leitos de desintoxicação no hospital psiquiátrico do município se eles estão disponíveis e os leitos contratualizados em hospitais gerais não são no próprio município, mas em outros municípios da região.

(trechos do diário de campo)

Poderíamos pensar que o fato de os trabalhadores da redução de danos não colocarem isso em análise poderia ser em virtude da redução vir do campo da AIDS, mas sabemos que a equipe já trabalhava em articulação com a saúde mental desde o seu início. E essa banalização das internações no hospital psiquiátrico também aparece na fala dos trabalhadores da atenção básica. Portanto, podemos pensar que este equipamento é visto como eficaz pela rede como um todo. E não só

da rede deste município, pois outros municípios do Estado também se utilizam dele.

Mas, com relação à banalização da utilização do hospital psiquiátrico no que se refere à equipe de redução de danos, entendemos que é um ponto necessário a ser trabalhado de forma mais abrangente. O momento de supervisão de campo pode servir como um espaço potente para problematização das práticas numa lógica de educação permanente, provocando uma reflexão sobre o que significa o trabalho da redução de danos para a reforma psiquiátrica.

Sabemos que em muitos casos há a necessidade de hospitalização de pessoas que usam drogas, como nos casos em que se vê a necessidade de desintoxicação alcoólica. O hospital psiquiátrico não é o lugar de encaminhamento por várias razões, dentre elas, a produção de estigma e a de que ele não está sequer adequado às demandas clínicas que podem ocorrer com uma crise de abstinência, pois não tem todos os equipamentos e medicações necessárias (PETUCO; MEDEIROS, 2010).

Mas o hospital geral também precisa estar preparado para atender esta população, tanto no sentido de romper preconceitos, quanto com relação às questões técnicas. Existem muitos hospitais gerais que se recusam a atender pessoas que fazem uso de crack e podemos entender essa dificuldade, já que muitas vezes esses trabalhadores não têm um processo de supervisão e educação permanente para trabalhar as suas dificuldades (PETUCO; MEDEIROS, 2010). O próprio hospital geral do município do nosso campo de pesquisa não possui leitos de saúde mental contratualizados, mesmo com tentativas por parte da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde em contratualizar, reforçando, assim, a existência do hospital psiquiátrico para os casos em que se vê a necessidade de internação em saúde mental.

Porém, a dificuldade de acesso a essa população não é exclusividade do hospital geral, os próprios redutores, como falamos anteriormente, já citaram alguns entraves na rede ao falar das dificuldades de encaminhamentos para a atenção básica, quando acompanham pessoas em situação de rua, e também para o acolhimento no CAPS AD, principalmente quando se trata de alguém em crise. Mas qual é a crise que não se pode acolher?

Esta questão apareceu já na primeira roda, com os redutores de danos e os

agentes comunitários de saúde. A roda iniciou com uma questão, colocada pela supervisora de campo de RD: “alguém aqui nunca ouviu falar de redução de danos?” Essa questão serviu como um disparador da roda, pois vários trabalhadores falaram, principalmente os agentes comunitários, do que pensavam sobre o assunto e como se aproximavam das situações. Seguem trechos do diário de bordo:

Na roda de conversa com agentes comunitários e redutores de danos, uma agente comunitária fala sobre o impacto de se deparar com situações relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, pois justifica dizendo que os agentes escolheram trabalhar com saúde da família e os redutores já escolheram trabalhar “com isto”. A supervisora de campo dos redutores problematiza, dizendo que trabalhar com famílias significa trabalhar com tudo o que vier delas.

Uma outra agente pergunta se os redutores de danos têm medo e se chegam a atender as pessoas sob efeito de drogas. Uma das redutoras fala que considera tranquilo e que, inclusive, alguns param ou diminuem o uso para recebê-los. Os redutores trabalham com a desmistificação de quem faz uso de drogas, dizendo que é preciso olhar para além das substâncias, pois “todo o uso traz uma história”. Coloca-se em questão: medo ou preconceito?

(trechos do diário de bordo)

Medo ou preconceito? Esses são dois sentimentos que se aproximam, ou melhor, poderia dizer que andam lado a lado. Os medos que os agentes comunitários se referiam eram o de se deparar com alguém em uma situação de crise. Colocaram como questão: “o que fazer quando se está diante de alguém em crise?” Mas ao mesmo tempo em que falavam de crise, falavam de cenas em que o medo se antecipava antes mesmo de saberem se haveria ali, atrás da porta, alguém em surto. O que se antecipa não seria pré-conceito? Poderíamos dizer que aí está um dos pontos de aproximação com esses dois sentimentos?

Mas, voltando à questão anterior, de todas as crises, qual seria a mais difícil de acolher? Em todas as rodas, inclusive nessa com os agentes, apareceu o elemento da precarização, que provoca as discontinuidades nos

acompanhamentos. Poderíamos dizer então, que a crise que tem sido mais difícil de acolher é a da precarização do trabalho, com equipes com alta rotatividade de profissionais e vínculos interrompidos. Coloquei isso no grupo, e isso foi discutido como uma das maiores dificuldades, pois é algo que não está na governabilidade dos mesmos.

As outras crises, que têm relação com o uso problemático de álcool e outras drogas, também são trazidas. Os agentes comunitários falaram de alguns casos, que envolveram encaminhamentos para atendimento na Unidade de Saúde, CAPS ou internação, colocando em suas falas o foco na droga. A fala de uma pessoa da equipe de redução de danos possibilitou um contorno disso, ao dizer que é preciso “*pensar na pessoa para além do sintoma e do uso que ela faz*”.

Os redutores falam sobre a importância da corresponsabilização e da construção de projetos terapêuticos junto com os usuários. Referem que, quando a pessoa escolhe, aumentam as possibilidades dela se responsabilizar por sua escolha. O fortalecimento do sujeito e o protagonismo rompem com a lógica da prescrição. Através do vínculo é possível despertar no outro o desejo de se cuidar.

(trechos do diário de bordo)

Conte *et al* (2004), ao lançar a questão: “Como fazer a mudança de abordagem centrada no atendimento especializado aos usuários de drogas para uma atenção integral a partir da atenção básica?” (CONTE *et al*, 2004, p. 66), já colocam algumas pistas. Dizem que “o que melhor caracteriza o conceito de Redução de Danos é a flexibilidade no contrato com o usuário” (idem, p. 64). Trazendo essa mesma coerência do trabalho com o usuário para o trabalho com a rede, o que melhor caracteriza a Redução de Danos como diretriz do cuidado é a flexibilidade no contrato entre os pontos da rede como um todo, pois é a partir dessa flexibilidade que se abrangem condições de possibilidades de investimentos que vão além da rigidez.

E para romper com essa lógica rígida, que limita os fluxos e acessos, é preciso proporcionar aos trabalhadores espaços de acompanhamento numa abertura de escuta que possibilite a fala também dessas barreiras internas próprias

de cada sujeito e que também o constituem como trabalhador. As rodas, nesse sentido, podem servir para isso, visto que, para os redutores de danos, proporcionaram um espaço de problematização desses encaminhamentos ao hospital psiquiátrico, que vêm sendo feitos de forma corriqueira.

Mas, para quebrar essas barreiras, é preciso também trazer para o campo das problematizações os impasses e perspectivas com relação às intervenções na rede a fim de pensar em como os usuários estão sendo acolhidos, ou não, em seus modos de andar a vida: são escutados ou suas queixas são medicalizadas? Trabalharemos agora sobre como estas questões e algumas possibilidades de intervenções na Atenção Básica foram trazidas pelo grupo.

4.3 Da atenção especializada às possibilidades de intervenções na Atenção Básica: linhas e fluxos de um cuidado no território

“O redutor é aquele que sai com uma agulha na mão ajudando a costurar a rede, promovendo não só saúde, mas outras coisas”.

(trechos do diário de bordo)

Desde o início do processo de Reforma Psiquiátrica, a Atenção Básica tem sido convocada a intervir no cuidado em saúde mental, juntamente a outros pontos da rede. Ela é o espaço privilegiado para o acolhimento em saúde, pois como ordenadora da rede de atenção, tem como responsabilização sanitária fazer o acompanhamento longitudinal do usuário, trabalhando a partir da territorialização e servindo como porta de entrada não única, mas preferencial. Estando próxima da vida das pessoas, recebe demandas de cuidado de diversas formas, inclusive de saúde mental, já que não se consegue separar o físico do mental.

Ganhou-se muito com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos no processo da Reforma. Os CAPS têm como premissa atuar de forma articulada aos outros dispositivos assistenciais e da rede básica de saúde, ofertando atenção diária aos usuários com sofrimento

psíquico intenso. Porém, assim como o hospital não é mais o lócus privilegiado de cuidado, os CAPS também não devem ser considerados como o centro do cuidado em saúde mental. É preciso problematizar os termos “substitutivos” e “centros”, utilizados para se referir aos CAPS, pois o que se pretende não é substituir simplesmente, mas mudar o modelo de atenção de forma descentralizada.

E é preciso mudar o modelo de atenção, pois temos percebido a grande demanda para os CAPS e a dificuldade em produzir alta dos usuários que ali estão referenciados, além da dificuldade em trabalhar para fora das paredes do CAPS, ocupando os espaços da cidade. Isto aparece como problemática em uma das rodas de conversa, quando os redutores e também os trabalhadores da Atenção Básica referem que tem sido mais fácil conseguir encaminhamento para internação no hospital psiquiátrico do município do que para o CAPS AD.

No processo de articulação dos redutores com este serviço, considerou-se para o trabalho de aproximação que uma dupla de redutores de danos pudessem dispor de dois turnos na semana para estarem no CAPS AD. Estando lá, os redutores acabam realizando acolhimento, grupos de redução de danos, como forma de contemplar a RD no projeto terapêutico institucional do CAPS e, por vezes, acabam sendo capturados pelo processo de trabalho, fazendo inclusive trabalhos burocráticos. Já discutimos a relação que a equipe de redução de danos tem com o hospital psiquiátrico do município, porém, o que colocamos em questão aqui, é que fazer articulação de rede é muito mais do que garantir a presença física dos trabalhadores.

E como foi trazida a articulação não só dos redutores com a atenção básica, mas as da saúde mental como um todo? Nas Unidades de Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família a demanda de acolhimento e cuidado em saúde mental chega, e com um índice bem importante. Segundo dados de prevalência internacionais utilizados pelo Ministério da Saúde, 3% da população apresentam transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos, e de 9 a 12% (totalizando cerca de 12 a 15% da população geral do País, em todas as faixas etárias) apresentam transtornos mentais leves, que necessitam de cuidados eventuais. Estima-se, também, que os transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e de outras drogas (exceto tabaco) em sua relação de

dependência, abrangem cerca de 6% da população (BRASIL, 2009).

Chamam a atenção alguns dados que aparecem nos Cadernos de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, que cita o município do nosso campo de pesquisa como um dos municípios com maior prevalência de transtornos mentais comuns em equipes de Saúde da Família – 22,7% – sendo que os grupos mais vulneráveis são os de mulheres, idosos, pessoas com baixa escolaridade e menor renda per capita (BRASIL, 2009).

Uma dessas demandas, que ocorre com bastante incidência, é por medicalização como tratamento em saúde mental. Campos *et al* (2001), em pesquisa realizada em uma grande cidade brasileira sobre saúde mental na atenção primária, aponta que a resposta que os profissionais de saúde davam à demanda de saúde mental na atenção primária era centrada na prescrição de psicofármacos. Dos centros estudados na referida pesquisa, identificou-se altas taxas dispensadas de psicofármacos nas farmácias informatizadas, com prescrições de antidepressivos e benzodiazepínicos. Foram percebidos também longos períodos de uso de medicamentos psiquiátricos, com reavaliações esparsas e carência de outras ofertas terapêuticas.

Esse mesmo estudo aponta que a ausência de um acompanhamento clínico e a falta de avaliações periódicas dos pacientes que usam medicações psiquiátricas acaba criando práticas de repetição de receitas que são bastante criticadas pelos usuários. Já os trabalhadores declararam um sentimento de impotência diante da vulnerabilidade social, e afirmaram realizar “tratamento paliativo”, o que produz medicalização dos sintomas” (CAMPOS, 2011, p. 4647).

Em outro artigo, Onocko-Campos *et al* (2013), ao tratarem da Gestão Autônoma da Medicação, referem que a falta de diálogo sobre os medicamentos não é exclusividade dos serviços da atenção básica, mas nos de saúde mental também. São imensos os arranjos em saúde mental, porém os desafios também são muitos. Como exemplo, trazem o exacerbado uso de psicofármacos a tal ponto que, muitas vezes, o tratamento em saúde mental reduz-se apenas à medicação (ONOCKO-CAMPOS, 2013).

Essa questão da medicalização também se fez presente no nosso trabalho, já que, como uma forma de “desafogar” os CAPS, algumas unidades de saúde

passaram a se ocupar de prescrever a medicação para aqueles usuários que já não necessitam mais de acompanhamento intensivo no CAPS. Isto apareceu como problemática em uma das rodas.

Na segunda roda de conversa, estava presente uma assistente social da atenção básica de um dos territórios. Os redutores iniciaram falando de todas as dificuldades que encontram na articulação com as Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família com relação as barreiras de acesso deles mesmos em sua articulação com a atenção básica e as barreiras que os usuários enfrentam, principalmente os que estão em situação de rua.

Falavam de um usuário em situação de rua que tem sido acompanhado pelos redutores e que demandava acompanhamento na atenção básica. Para que pudesse ter acesso, utilizaram um endereço falso que o ajudou a receber atendimento. Assim que a equipe da Unidade de Saúde soube que o usuário era morador de rua, não o atenderam mais, referindo que o mesmo não estava referenciado naquele território. Após esse relato, os redutores dizem se sentir tão excluídos da rede quanto os usuários em situação de rua, em virtude de não ter um espaço aberto e sistemático para discussão. Depois desse relato, muitas outras histórias parecidas foram contadas.

Esta trabalhadora da Atenção Básica concorda sobre os entraves e resistências. Diz ter escutado sobre o espaço da pesquisa e ter tomado a iniciativa de participar justamente para fazer uma aproximação com a equipe redução de danos, em virtude de tantos casos acompanhados por ambas equipes em seu território. Escutando a queixa dos redutores, ela as legitima, de forma a colocar também outras dificuldades com relação aos processos de trabalho vinculados a gestão municipal.

Mas ela também traz uma demanda: compartilha sua preocupação com o excesso de medicalização psiquiátrica dos usuários da atenção básica, denominados pela sua equipe de “usuários de saúde mental”. Diz perceber que muitos usuários procuram a Unidade de Saúde somente para troca de receitas e vê no trabalho da redução de danos possibilidades de intervenção naquele território com relação a esta demanda. O grupo conversa sobre a possibilidade de um acompanhamento mais próximo da dupla de redutores de referência para esta

Unidade Básica de Saúde, no sentido de pensar esta questão da medicalização, incluindo espaços para discussão de casos, de acompanhamentos conjuntos e de participação nas reuniões de equipe da Unidade Básica de Saúde.

Porém, no decorrer das rodas, outras demandas acabaram surgindo para discussão e esta acabou não sendo tão trabalhada. Quando retomo isto, os próprios redutores, em um primeiro momento, dizem não conseguir relacionar com possibilidades de intervenção da redução de danos, fazendo a mesma dissociação de drogas lícitas de ilícitas que costumamos nos deparar. Também questionam sobre como poderiam fazer alguma intervenção, já que não recebem isso como demanda direta. A assistente social da Atenção Básica que colocou esta demanda ao grupo, diz que também sente dificuldade de levar esta discussão para sua equipe na atenção básica, pois percebe pouca abertura e, por não ter tanta apropriação dos medicamentos e de seus efeitos, não se sente à vontade para abordar essa questão com os médicos. Ainda assim, vê a aproximação dos redutores com a equipe da atenção básica como uma possibilidade de colocar isto como questão a partir da discussão de casos. Campos (2011) ainda sugere, como possibilidade de fortalecer a saúde mental na atenção primária, o apoio a uma política de uso racional de medicação, entendendo a medicalização em demasia como uma espécie de serialização dos sujeitos e psiquiatrização do cuidado e podendo ampliar as ofertas para se pensar em outras possibilidades de intervenções “com o intuito de reduzir a medicalização social” (CAMPOS, 2011, p. 4650).

Pergunto sobre o que eles consideram que poderia auxiliar na aproximação dos redutores com a Atenção Básica e uma das redutoras falou sobre a importância da discussão de casos, pois esta tem sido uma forma de aproximá-la dos agentes comunitários do território em que ela atua como referência. O grupo combina então que esta dupla de redutores, junto a assistente social da UBS, pensariam em um caso para trazer para discussão no próximo encontro, assim como uma proposta de sistematicidade de encontros junto ao restante da equipe da Atenção Básica deste território.

O apoio matricial, como uma estratégia que visa superar a lógica de encaminhamentos na direção de processos de corresponsabilização, podendo se realizar numa sistemática de encontros com os trabalhadores através de apoio técnico e pedagógico, elaboração conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, discussão de casos, ações de atenção compartilhadas (CAMPOS; DOMITTI, 2007), poderia servir como uma ferramenta para essa sistematicidade de encontros dos redutores com a atenção básica.

Esta sistematicidade de encontros se faz importante inclusive para que o redutor de danos possa atualizar a sua experiência do trabalho de campo no lugar de apoiador matricial, dando possibilidades para transversalizar esse conhecimento e abrir outras formas de intervenção na prática de cuidado no território. Território que é vivo e é onde acontecem as relações materiais e sociais e onde as intervenções se dão em ato. E são dessas intervenções que trataremos agora, ao trazer para a redução de danos algumas contribuições para essa tecnologia leve de cuidado, como a estética da existência e o cuidado de si.

4.4 Redução de Danos: um cuidado de si

Retornamos na mesma casa onde havíamos ido em outubro de 2012. A casa estava diferente: apesar de continuar sem luz elétrica, estava com a cozinha toda mobiliada. Também foi possível entrar pela porta da frente, algo que não foi possível na ocasião anterior. Estava somente a Caren, com sua filha de 9 anos, e com a Alice, de 4 meses, filha de Camila. Camila chegou logo depois. Ela era a única que estava na casa ano passado quando fizemos o outro campo, mas não nos reconheceu. Os outros estão todos morando no cemitério. Perguntou para a redutora sobre a nossa presença, se aquele era um “campo normal” (sic). Eu pude ouvir, pois foi bem próximo a mim, e falei que estávamos ali, pois também trabalhamos com redução de danos, mas perguntei pra ela se estava tudo bem da gente permanecer. Ela disse que não via problemas e se apresentou novamente para nós. Lá fora, estava um amigo de Camila com o pé machucado.

Camila e as redutoras davam dicas de como limpar e sugeriram que fosse procurar a ESF no outro dia para fazer o curativo. Camila chamou a atenção do amigo quando este acende um cachimbo na nossa frente. Ele pede desculpas e diz que, em geral, toma cuidado para não fumar na frente de crianças e policiais e que não tinha se dado conta de que não poderia fazer naquele momento. Digo que não somos nem crianças e nem policiais e que não estávamos ali para privá-lo, mas que achava importante ele ter esse cuidado. Ao voltar pra Kombi, todos falam de seus campos, fazendo enlaces e costuras.

(trechos do diário de bordo)

Ao trabalharmos a Redução de Danos entendendo-a como uma diretriz do cuidado, que está amparada no respeito ao desejo do outro, na singularidade e pautada na cidadania, podemos trazer algumas contribuições possíveis da estética da existência, em Foucault e da relação da redução de danos como uma tecnologia leve de cuidado, como traz Merhy.

Caroline Brasil (2003) trabalha a redução de danos como um “cuidado de si”, pensando-a como um dispositivo que produz processos de diferenciação, sendo que “a proposta não é a de prescrever como devem ocupar um lugar no mundo, mas de resgatar o que pode se enunciar pela via do desejo próprio de cada sujeito” (BRASIL, 2003a, p. 63).

Desta forma, a autora coloca a *escuta* como uma técnica de poder sobre o outro e depois sobre si mesmo, como uma tecnologia de si, ferramenta que promove a aproximação para o estabelecimento de laços em uma relação de confiança, que “*dispara um processo de ‘falar’, de colocação de demandas, do que pode vir com o ‘esculpir’ da relação, a se configurar como enunciação do desejo*” (BRASIL, 2003a, p. 64).

Partindo deste entendimento da Redução de Danos, podemos refletir sobre as aproximações possíveis com a Estética da Existência. Foucault trabalha dois importantes conceitos a partir da antiguidade greco-romana: as técnicas de si e a estética da existência, que apontam para a possibilidade de criação de um estilo próprio, visando à produção de si mesmo como o artesão da beleza de sua vida, fazendo desta uma obra de arte (FOUCAULT, 1985).

Foucault afirma que as "artes da existência"

[...] devem ser entendidas como as práticas racionais e voluntárias pelas quais os homens não apenas determinam para si mesmos regras de conduta, como também buscam transformar-se, modificar-se em seu ser singular, e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e que corresponda a certos critérios de estilo (FOUCAULT, 2012, p. 193)

A prática das técnicas de cuidado de si resultava em uma reflexão sobre os modos de vida e sobre as escolhas de existência que cada sujeito faz. Neste sentido, a prática ascética, ou ascetismo, desafiava os modos de existência prescritos, representando uma forma de resistência social, uma singularização e afirmação de alteridade. Esse treinamento de si era caracterizado pela askésis, que era uma atitude constante de atenção e cuidado em relação a si próprio. Para Foucault, as técnicas de cuidado de si eram procedimentos

[...] prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de determinados fins, isso graças a relações de domínio de si sobre si ou de conhecimento de si por si (FOUCAULT, 1997, p. 109).

O tema da estética da existência ganha ainda mais importância quando é destacada a sua dimensão ética. Para Foucault, *"o que é a ética senão a prática da liberdade, a prática refletida na liberdade? (...) A liberdade é a condição ontológica da ética. Mas a ética é a forma refletida assumida pela liberdade"* (FOUCAULT, 2012, p. 267). Nesse sentido, podemos articular a ética do cuidado de si como prática de liberdade a partir da estética da existência com a redução de danos, como um cuidado de si que, ao pensar em si, fazendo um exercício sobre si mesmo, provoca efeitos de cuidado na relação com o outro. Um cuidado que passe por não ser escravo em relação aos seus prazeres, sendo isso o que poderíamos chamar de liberdade.

O acompanhamento realizado pelos redutores de danos com Marília, contada no trecho do diário de campo com o qual iniciamos esse trabalho, nos remete à relação da redução de danos com a estética da existência e o cuidado de si. Os redutores não buscaram impor regras de conduta para Marília, como também não

trabalharam no sentido de prescrever para ela um modo de viver que não tivesse relação com o seu modo de existência. Diante de tanta violência por parte das políticas públicas que ocorre com as mulheres gestantes que fazem uso de drogas, em que não as é dada a possibilidade de viver a maternagem pelo simples fato de serem estigmatizadas como incapazes de exercer o cuidado e, que corriqueiramente se prefere institucionalizar o cuidado de bebês do que fazer essa aposta, o trabalho dos redutores de danos exerce uma marca que produz diferença, pois os mesmos colocaram-se ao lado para acompanhá-la nesse momento de gestação de novas possibilidades de ser, apostando na redução de danos como uma tecnologia leve de cuidado que acompanha esses itinerários.

Ao invés de investirem em um discurso moral com relação aos riscos de amamentação, viram ali uma possibilidade dela se mostrar para aqueles três seres recém-gerados como alguém que tinha algo a oferecer. Aqui percebemos o acompanhamento da redução de danos trabalhando a partir da dimensão da estética da existência humana, que trabalha na direção de responsabilizar este sujeito desejanter na construção de uma existência singular, a partir da invenção de si. Marília, naquela roda que formamos dentro da casa, estava inventando para si outras possibilidades de existência.

Esses campos nas cenas de uso de drogas junto aos redutores me possibilitou enxergá-los como uma presença que provoca uma pergunta a um outro e como alguém que está interessado em saber da sua vida para além do objeto que ele faz uso. Não somente com Marília, mas também ao chegar no território, onde eles saem caminhando pelas ruas ao encontro das pessoas que ali estão, e, quando já não são interpelados pelos próprios moradores, em virtude do vínculo que já estabeleceram, se aproximam com uma pergunta: “Como você está?”; “E então, conseguiu resolver aquela situação?”; “Como foi tua semana?”.

Além disso, levam sempre materiais de distribuição, que são os insumos, como camisinhas, folders e outros materiais informativos. Os insumos têm uma função muito importante, não somente a de trabalhar a prevenção de DST/AIDS ou para dar dicas de redução de danos com relação ao uso, abuso e dependência de drogas, mas também como um objeto que se coloca entre o redutor e o usuário, tendo uma forma também de aproximação.

Mas a ida a este outro território, o da redução de danos, que, subjetivamente, não é o mesmo que o território dos agentes comunitários, faz também com que os redutores de danos se deparem com situações-limite, sendo que a singularidade do trabalho remete, muitas vezes, a uma concretude subjetiva, em que é preciso emprestar o desejo ao sujeito para que ele possa vir ou voltar a desejar, exercendo, em alguns momentos, uma função de espelho, no sentido de devolver uma imagem e lembrá-lo dos sonhos e projetos que foram compartilhados, mas que estão esquecidos. Aqui temos uma cena dessa aproximação em uma reportagem do jornalista Diego Queijo sobre nosso campo de pesquisa:

Nas mãos e nos lábios, as marcas do sacrifício do corpo pelo prazer imediato. Nesta noite - após pular o muro e entrar no cemitério - os agentes encontraram sete pessoas consumindo drogas no local. Homens e mulheres acostumados com a companhia silenciosa dos túmulos e com os olhos calibrados pela escuridão. Mas naquela noite alguém foi até lá para despertá-los. Para lembrá-los de que não estão mortos e possuem direitos como qualquer cidadão. “A sociedade pode achar que vocês estão mortos - e até vocês mesmos podem achar que estão mortos, mas vocês estão vivos”, diz o agente. Vivos. Entrincheirados em seu próprio mundo, mas não esquecidos. (...) O objetivo dos Redutores de Danos é evitar a transmissão de doenças e diminuir na medida do possível os problemas de saúde dos usuários (QUEIJO, 2013).

Ali, em meio aos mortos, conseguimos ver a cena de um trabalho vivo em ato, termo utilizado por Merhy. Para ele, o trabalho vivo em ato opera com tecnologias leves, e é neste encontro com o usuário que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve de cuidado: “as tecnologias articuladas à produção dos processos intercessores, as das relações, que se configuram, por meio das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras” (MERHY, 2002, p. 51).

O autor explica que:

Na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre 'atravessado' por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão política e coletiva, podendo ser 'explorada' para inventar novos processos de trabalho, e mesmo

para abri-lo em outras direções não pensadas (MERHY, 2002, p. 61).

É nesse encontro tão singular com o território que o redutor se coloca nas brechas que a pessoa abre entre ela e a droga, no caso da dependência. É ali que se experimenta a minimizar os riscos no caso de uso e abuso, reconhecendo os gestos de cada um em se enfrentar e se superar, mesmo quando não conseguiu tudo o que pretendia, para criar com cada um as alternativas e distâncias necessárias entre o sujeito e a droga quando se sente vacilar (ROBERTO, 2003).

Mas é importante pensar no limiar que por vezes se coloca o redutor de danos, entre emprestar o desejo ou prescrevê-lo, pois há uma forte demanda de prescrição em virtude da complexidade dos casos acompanhados. A prescrição pode passar pela indução às trocas de objeto de gozo, pois há quem trabalhe com a ideia de que fazer redução de danos se resume a trocar simplesmente uma droga pela outra, e também passa pelo risco em induzir um “modo de ser da redução de danos”, impondo uma permissividade muito ampla que passe por colocar a droga num lugar divino e de desconsiderar que algumas relações com o objeto da droga são prejudiciais. Com isso, vemos a importância de retomamos Foucault ao dizer que “(...) ser livre em relação aos prazeres é não estar a seu serviço, é não ser seu escravo” (FOUCAULT, 2003, p. 74). No caso do acompanhamento de Marília, seria muito fácil cair na prescrição, considerando os riscos que os bebês poderiam ter ao serem amamentados, já que Marília continua fazendo uso de crack, embora em menor intensidade. Dessa forma, qualquer intervenção que não passe pela escuta do desejo e da singularidade, nesse sentido, pode ser prescritiva, e a redução de danos não está livre disso. Por isso, foi muito importante escutar o desejo de Marília com relação a, primeiramente, apenas poder visitar os filhos todos os dias, para então poder também fazer outros planos.

A história de Marília, assim como de tantos outros usuários acessados pela redução de danos, convoca a intervenções as quais se tornam mais difíceis quando os redutores não estão em um processo de poder falar, de fazer trocas sobre as possibilidades de acompanhamento e cuidado. E, quando esse espaço de fala não acontece, é também um dos problemas relacionados à precarização do trabalho, já que esse momento também se caracteriza como um espaço de cuidado de si que

traz efeitos nas relações com os outros. Trataremos agora dessa questão da precarização que, de certa forma, acabou atravessando todas as outras questões apontadas neste trabalho.

4.5 A precarização do trabalho e as consequências para a Redução de Danos

*Ai, palavras, ai, palavras,
Que estranha potência a vossa (...)
Todo o sentido da vida
Principia a nossa porta (...)
Frágil, frágil como o vidro
E mais que o aço poderosa!*

Cecília Meireles

A precarização do trabalho na Redução de Danos foi bastante apontada no trabalho “Assumindo o controle: organizações, práticas e experiências de si em trabalhadores da redução de danos na região metropolitana de Porto Alegre”, de Rafaela Rigoni, que apresenta a precariedade como produto da falta de sustentabilidade política, técnica e financeira (RIGONI, 2006).

Uma das questões que aparecem no trabalho de Rafaela Rigoni é a de que os redutores de danos acabam tendo que se deparar com os limites de suas atuações diante da complexidade das situações, que envolve a vulnerabilidade da população acessada. Ao mesmo tempo, ela refere que os redutores de danos se cobram (em função da implicação que eles têm com o trabalho) e se sentem cobrados (em função da aproximação com a comunidade) por resultados efetivos.

Outra questão apontada por ela é a do sofrimento gerado pela falta de reconhecimento do trabalho do redutor por parte de outros serviços de saúde, já que muitos dos encaminhamentos necessários a essa população acessada dependem de outros órgãos. Rigoni aponta também o sofrimento gerado pela dificuldade de marcação dos atendimentos em outros serviços da rede e pela complexidade que envolve questões estruturais, como saneamento básico, renda mínima, etc.

É importante salientar que o trabalho de Rafaela Rigoni é de 2006, porém, vemos que essas questões apontadas por ela, sobre a precarização do trabalho,

acompanham a redução de danos desde o seu início e se atualiza na experiência desta pesquisa.

Nas discussões de casos que realizamos nas rodas de conversa, principalmente quando os casos traziam alguma demanda da atenção básica e assistência social através dos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, os redutores de danos afirmavam: “É preciso mostrar para a rede o que é o trabalho do redutor de danos”, já que, pelo que discutimos nos casos, eram situações que possivelmente poderiam ser acompanhadas por esses próprios trabalhadores da rede que encaminhavam. Os redutores diziam receber essas demandas por considerarem que a rede sabe que eles sempre acabam dando conta de realizar esses acompanhamentos. Será que esse “sempre dar conta” não é uma forma de poder ser reconhecido e, assim, justificar o trabalho da redução de danos nesse município, que trabalha todos os anos com a possibilidade da descontinuidade do financiamento?

Já nos primeiros momentos de aproximação com o campo de pesquisa, aparece a questão da precarização do contrato dos redutores de danos. Esta questão sempre apareceu em vários momentos de encontros com os redutores, principalmente pelo programa estar vinculado a Programação Anual de Metas, da AIDS, necessitando de repactuação a cada ano para garantir a continuidade. Porém, um dos motivos que levou o município a decidir fazer a transição da redução de danos da AIDS para a saúde mental, foi a possibilidade de uma sustentabilidade maior do recurso financeiro, pois dessa forma o município tem recebido incentivo financeiro estadual para implementar as Composições de Redução de Danos⁸.

Este recurso garantiria uma certa sustentabilidade também aos redutores, por se tratar de recurso de custeio, sem tempo definido para finalizar. A aprovação do cargo de redutor de danos através de um projeto de lei municipal também criou expectativas com relação à estabilidade, pois desta forma seria possível a realização de Concurso ou Processo Seletivo Público para o cargo, vinculado ao

⁸ Trata-se da Resolução aprovada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB 038/2012 e CIB 234/2014.

fato de o município receber esse incentivo de custeio mensal estadual através de Resolução, o que faria com que os contratos não precisassem mais ser renovados a cada ano, segundo expectativa de alguns redutores. Porém, viu-se que a formalização de outro tipo de contratação (contrato emergencial) também não garantiu estabilidade aos redutores que estavam sustentando o trabalho há mais tempo no município e nem mesmo garantiu a sua permanência. Com isso, em função de um processo seletivo que considerou a “pontuação de currículo”, vários outros trabalhadores passaram a fazer parte da equipe como redutores e os antigos acabaram por sair, retornando meses depois através de outro processo seletivo.

Dos novos redutores que entraram na equipe, alguns já haviam trabalhado como agentes comunitários, mas outros têm curso superior e até mesmo pós-graduação. Para Rigoni, a exigência de escolaridade e profissionalização para alguns “se coloca em termos de um incentivo para voltar aos estudos, para outros pode se tratar de uma exclusão daqueles que não possuem a escolaridade mínima exigida” (RIGONI, 2006, p. 145).

Desde o início do campo de pesquisa, os redutores de danos falavam sobre uma série de reportagens feitas pelo jornalista Diego Queijo, para o Jornal Diário Popular, de Pelotas (QUEIJO, 2013). Este jornalista acompanhou os redutores nas saídas de campo, quando estavam na sua formação antiga e em processo de entrada dos novos contratados. Junto com os redutores, o jornalista foi acompanhar um grupo de pessoas que antes ocupavam uma casa em um dos bairros do município, mesmo grupo que realizei campo com os redutores em outro momento, e que hoje se encontra no cemitério desde que a casa foi denunciada pela vizinhança. O jornalista Diego Queijo fez destes acompanhamentos uma série de reportagens falando sobre o trabalho da redução de danos, desconstruindo alguns estereótipos com relação ao que se pensa sobre pessoas que usam drogas e também apresentou o cotidiano do trabalho dos redutores.

Destas reportagens, o jornalista ganhou um prêmio internacional. Ao receber o prêmio, procurou novamente a equipe e se deparou com novos trabalhadores, sendo que, dentre estes, os seis antigos não estavam incluídos. Com isso fez uma nova reportagem, onde problematiza o tempo de trabalho que foi sustentado pela equipe antiga, sua experiência e as fragilidades dos vínculos.

Três meses depois da publicação de uma reportagem que valorizou a atividade e destacou a importância da equipe de Redução de Danos – uma das mais antigas do país –, os seis membros mais experientes estão fora do Sistema de Saúde do Município. T., por exemplo, está trabalhando temporariamente como taxista pelas ruas da cidade. Os Redutores ainda atuam, com profissionais mais novos que também fazem um excelente trabalho, mas a equipe antiga aparentemente não teve tanto reconhecimento por parte da prefeitura. Enquanto isso, um prêmio internacional de jornalismo sobre drogas exaltou – justamente – a iniciativa do poder público do município (QUEIJO, 2013).

Esta última reportagem foi muito debatida entre os redutores em uma das oficinas, onde falaram sobre as discontinuidades e as dificuldades enfrentadas pela equipe que iniciou o trabalho. Ressaltamos a fala de uma das pessoas da gestão, ao dizer que, com a saída dos redutores antigos, não esperava que o trabalho continuasse desta maneira e diz estar surpresa positivamente com os novos. Isto também demonstra que os doze anos de trabalho dos antigos redutores proporcionaram a consolidação da Redução de Danos como política pública para o cuidado em álcool e outras drogas no município. Talvez não tão consolidada, mas reconhecida.

Doze anos sustentados também pela militância desses trabalhadores, que se definem como alguém que tem uma implicação com o trabalho que vai além do salário, tendo ligação com uma luta maior. Em virtude disso e, justamente, por esse envolvimento afetivo, acaba se sobrecarregando e adoecendo mais (RAMINGER, 2005).

Sobre as discontinuidades no trabalho, no texto O “trabalhador moral na saúde: reflexões sobre um conceito”, Cecílio afirma que:

Quase sempre, ao avaliarmos o que acontece com “nossos” projetos em espaços governamentais, quando ocorre o troca-troca de dirigentes, afirmamos com pesar: “destruíram tudo, destruíram nosso projeto”. Destruíram mesmo? Destruíram o que? Que mudanças reais teriam ocorrido na micropolítica, no sentido da construção de novas relações entre os trabalhadores e de novas formas de se fazer o cuidado? (...) Que mudanças foram essas que mal resistem à mudança de um gerente ou de um gestor? (CECÍLIO, 2007, p. 347)

Com relação a outro tipo de precarização, que é do cuidado com os trabalhadores, a falta de supervisão de campo como um espaço para que os redutores pudessem falar da concretude e intensidade desse trabalho é um dos fatores que, segundo a gestão, pode ter contribuído para o adoecimento de uma das redutoras. A falta de supervisão tem efeitos diretos com relação ao cuidado de si, no que Foucault (1985) fala sobre um cuidado que, ao cuidar de si traz efeitos na relação com o outro. Então, como trazer efeitos na relação de vínculo do redutor com o usuário se o próprio redutor não se sente cuidado?

O veículo que leva os redutores de danos a campo também é uma das marcas da precarização. Trata-se de uma kombi antiga, que cheira a gasolina e que, por diversas vezes, deixa os redutores na mão em virtude de algum problema mecânico. Os redutores até brincam com isso, contando uma história de uma acessada que estava em crise e que eles a levaram no veículo em direção a um pronto atendimento. Durante o percurso, a kombi andava um pouco e apagava a cada esquina. Em meio à crise, a usuária começou a rir muito daquela situação, dizendo para os redutores que achava que ela estava melhor do que aquele carro e assim, a crise foi passando.

Ao mesmo tempo, além de um analisador para refletir sobre a precarização do trabalho, a kombi, quando funciona, também tem uma outra função: ali, juntos, no trajeto de ir e vir no território onde estão os acessados, eles fazem trocas, compartilham histórias, planejam a agenda do dia seguinte. A kombi, além de ter vários problemas, tem a função de estabelecer um momento para o cuidado mútuo entre os redutores. Tem também, portanto, uma função terapêutica.

E é esse espaço que tem uma função terapêutica que os redutores de danos referem sentir falta quando não acontece. Relacionam este fato também à precarização do trabalho, já que se aproximam de histórias muito duras e, por vezes, quando estão sem o espaço da supervisão de campo, não conseguem trabalhar as suas projeções e identificações com os casos. Na nossa última roda, relatam o quanto este trabalho os coloca a acompanhar os “modos de andar a vida” das pessoas acessadas, vivenciando também a morte como possibilidade de forma mais real e crua. Em menos de dez minutos, lembraram de três pessoas acessadas que faleceram: a Lúcia, que com seu jeito irreverente falava pra um dos redutores

com quem mais tinha vínculo: *“Não te quero mais”*, em um dos campos que acompanhei; o usuário do caso que discutimos na terceira roda de conversa, junto com a atenção básica e que utilizamos para encenar e problematizar no encontro de CAPS; e o usuário que desenhou para mim a cerâmica, naquele primeiro campo de redução de danos, como uma lembrança do município.

E para além do veículo que os leva ao campo, o trabalho dos redutores de danos no território pressupõe o contato com locais sem saneamento básico, sem condições de moradia e de segurança, correndo o risco de eles contraírem doenças e infecções, como também foi apontado no trabalho de Rigoni (2006). Essas condições de campo exigiriam maiores garantias de trabalho, como seguro-saúde e adicionais de salário como periculosidade e/ou insalubridade (RIGONI, 2006)

Por tudo isso, Rigoni (2006) trabalha sobre a importância de um acompanhamento e escuta dos redutores de danos através da figura do que poderia ser o supervisor de campo ou algum outro espaço do gênero que possa servir para dar contornos para este trabalho que por vezes é tão intenso e que fica à margem do restante da rede intersetorial.

Este seria um espaço importante inclusive para poder identificar situações de sofrimento mais intenso no trabalho, como o que ocasionou o adoecimento e afastamento de uma das pessoas da equipe no ano de 2012, momento em que o grupo estava sem o espaço de supervisão de campo e sem reuniões de equipe.

A questão da precarização do trabalho apareceu de outras formas ao longo do trabalho, por se tratar de um importante atravessamento. No próximo capítulo, discutiremos como isso foi trabalhado com o grupo na nossa última roda, que serviu como uma devolução das narrativas da pesquisa e também para compartilhar algumas questões que se colocaram mais evidentes.

5 MAIS UMA RODA

*“Veja como vem
Veja bem
Veja como vem
Vai, vai, vem
Veja bem
Como vai, vem
Veja como vai
Veja bem
Veja bem como vem
Vai vem se ela vai também
Você é bem grandinho
Já pode se cuidar e
Ir seguindo o seu caminho
Sempre errando até um dia acertar
Mas não tenha muita pressa
Vá tentando devagar
Só não vá se perder por aí...”*

Os mutantes. Composição: Raphael Thadeu/Roberto Loyola, 1969.

Como as questões da análise das implicações transversalizaram o trabalho, após encerrarmos as rodas e já com um espaçamento de tempo, propus ao grupo uma nova roda de conversa. Essa roda aconteceu com um espaçamento de tempo de três meses desde a última. Esse encontro serviu para restituição da vivência com o campo e também das narrativas, mas também para levar uma questão que me acompanhava durante todo o processo da pesquisa e que se colocava como demanda de compartilhar para então dar continuidade à escrita: a análise de implicação, principalmente no que se refere aos meus lugares enquanto apoiadora e pesquisadora e seus atravessamentos com relação a esses dois papéis. Neste encontro, estavam presentes cinco dos seis redutores antigos, os mesmos que não tiveram seus contratos renovados na época do início dos nossos encontros, mas que foram recontratados neste espaço de tempo entre a última roda e esta.

Ao falar da análise de implicação com relação aos meus modos de andar ali naquele território, ora apoiadora, ora pesquisadora, ou pesquisadora-gestora, houve uma primeira fala, por parte da gestão da equipe, que realmente se perguntou no início como eu trabalharia a questão da neutralidade. Retomei com o grupo nossas primeiras conversas, quando colocava que, justamente por não ser um campo

neutro a mim é que estava me propondo a realizar uma pesquisa-intervenção. O restante do grupo diz que não sentiu nenhum atravessamento, pois talvez essa fosse uma questão que se colocou pra mim, e não para eles. Esperavam muitas vezes que eu pudesse me colocar mais nas intervenções, buscando mais respostas. Pensavam que, se eu não me colocava tanto ou não dava tantas respostas, era porque ali deveria estar no papel de pesquisadora. E então, novamente, retomo a questão colocada anteriormente: qual seria a diferença dos dois papéis – pesquisadora e apoiadora?

Em diversos momentos de trabalho como apoiadora institucional, não só desse município, mas de outros, os trabalhadores faziam pedidos de respostas prontas para suas queixas, como se fosse possível encontrar soluções imediatas. O que vemos é que os trabalhadores realmente esperam por soluções e o apoiador tem o papel também de fazer apontamentos e auxiliar no planejamento dos processos de trabalho. Mas isso não significa responder a todas as demandas, e sim trabalhá-las a partir das condições de possibilidade que o próprio grupo pode oferecer, independente do papel como apoiador ou como pesquisador, quando se trata de uma pesquisa-intervenção.

Nessa última roda, também retomamos a discussão sobre a reportagem do jornalista Diego Queijo no jornal local que tratou das reportagens com a equipe da redução de danos e a demissão dos redutores antigos e houve uma divisão no grupo. A gestão e o grupo que entrou ano passado, se posicionaram no sentido de que a reportagem teve um cunho mais sensacionalista em apontar a falha do poder público. Referem ter escrito uma carta para o jornal, assinada pelo prefeito, justificando os impasses que levaram à impossibilidade de recontração dos redutores antigos naquele processo seletivo, e que o jornalista não teria dado ênfase para isso, já que isso nem sequer foi publicado. Os redutores antigos consideram que as reportagens “salvaram” o programa de redução de danos no município ao expor o trabalho, pois denunciou as dificuldades que os trabalhadores passavam. Porém, há um ponto de encontro em que todos concordam: de que as reportagens tiveram uma função que foi a de atingir a população em geral com relação a este trabalho. Ou seja, a reportagem abriu um canal de comunicação importante com a sociedade civil, que, se antes, por desconhecimento, se colocava

contra a redução de danos, hoje, após as reportagens, segundo os redutores, já havia alguns posicionamentos solicitando à prefeitura que retomasse as contratações.

Também falamos sobre minha inserção no grupo, nas rodas e no trabalho de campo. Sobre a experiência de aproximação com o campo, Sade *et al* (2013) falam sobre a experiência de pesquisa da etnógrafa Jeanne Favret-Saada em um trabalho sobre feitiçaria, em 1968 no Bocage francês. Encontrou bastante dificuldade em se aproximar da população local para abrir um canal de comunicação com o campo, pois eles já estavam bastante resistentes por terem tido experiências com pesquisadores anteriores que desqualificavam a palavra nativa, pois desacreditavam da prática da feitiçaria e, por isso, vinham se recusando a participar de pesquisas. Favret-Saada se deparou, então, com a recalcitrância da população local: aproximou-se do campo, buscando ouvir o que a população local queria dizer. E o que diziam é que não era possível falar sobre feitiços para quem nunca os havia experimentado. Então, para que pudesse realizar a pesquisa, ela se deixou experimentar em ser enfeitiçada.

Foi apenas depois de se ter deixado afetar, abrindo um canal de comunicação, que foi possível iniciar o trabalho e, assim, construir com o campo uma relação de confiança. Favret-Saada pôde se despir do lugar de saber e se colocou como parceira, construindo um plano de experiência comum ao lateralizar com o campo, o que potencializou não somente a pesquisa, mas abriu um canal de comunicação para que o campo se expressasse de forma plena (SADE *et al*, 2013).

Neste campo de pesquisa, também foi preciso uma aproximação maior com o fazer do redutor de danos para construir um campo e uma relação maior de confiança. No momento da banca de qualificação do projeto desta pesquisa, foi sugerido que eu não acompanhasse o trabalho de campo, pois por fazer parte da gestão estadual, talvez me deparasse com questões que precisasse intervir no meu papel como gestora. Porém, não foi possível ficar de fora. Quando vi, já estava lá no território com eles. Por já ter convivência com redutores de danos, não somente com este grupo, mas com os de vários outros municípios, por diversas vezes me deparei com a sensação de que alguém que não conhece e que não viveu o trabalho de campo no território nas cenas de uso de drogas, não é legitimado por

eles como alguém que trabalha com redução de danos. Talvez tenha sido esta sensação que tenha me levado ao território junto com eles, pegando o mesmo transporte precário, utilizando o mesmo colete para me identificar como redutora, passando pelos lugares escuros e, por vezes, insalubres, encontrando pessoas, escutando suas histórias e distribuindo insumos, quando necessário.

Considero que esta tenha sido uma posição de recalcitrância, no sentido da experiência da etnóloga Favret-Saada e, também, como colocada por Latour (2000), de que a recalcitrância é a capacidade dos objetos em discordar a respeito do que é dito deles, levantando questões, tensionando saberes e práticas. Então, a ida em conjunto com os redutores para o território, possibilitou que eles pudessem escutar minhas narrativas da vivência com as rodas e com o campo, dizendo terem se sentido contemplados, sobretudo porque diziam não parar muito para refletir sobre esse trabalho e esta estava sendo uma oportunidade. Apenas referiram que, ao falar da kombi, da forma como coloquei de que seria um espaço potente de trocas entre eles e, por isso, com potência de cuidado, eu havia presenciado apenas os momentos em que a mesma funcionava, e que isto não ocorria com frequência. Pelo contrário, apontaram que a kombi também era um analisador da precarização do trabalho, já que, raramente, ela fica um tempo grande sem ter problemas. Mas concordam que, quando está funcionando, é sim um espaço potente de trocas, e sentem falta quando não o tem.

Nesse sentido, como colocam Sade *et al.* (2013), a relação com a recalcitrância em pesquisa com seres humanos não é somente uma questão epistemológica, mas ética, que reconhece e valoriza a experiência do outro.

Durante os encontros, a ferramenta da educação permanente em saúde, que também trabalha a partir da experiência do outro, se fez potente, pois a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores também têm que envolver a apropriação dos aspectos culturais de cada território, bem como os aspectos pessoais e ideais que cada um deles têm sobre o SUS e sobre a Saúde Mental. O local de trabalho também é um lugar privilegiado de produção e disseminação do conhecimento (BRASIL, 2005). As rodas possibilitaram o exercício de reflexão e problematização sobre o próprio cotidiano de trabalho para que se pensasse em conjunto possibilidades de aprendizado entre eles e planejamento de continuidade

dos encontros para além do processo de pesquisa, ao decidirem, junto aos trabalhadores da Atenção Básica, instituir um Fórum de Redução de Danos na Atenção Básica. Nesse sentido, acompanhando esses movimentos singulares, teríamos como apostar nesses encontros como uma potência de uma *redução de danos menor*?

6. POR UMA REDUÇÃO DE DANOS MENOR

O inferno dos vivos não é algo que será; se existe, é aquele que já está aqui, o inferno no qual vivemos todos os dias, que formamos estando juntos. Existem duas maneiras de não sofrer. A primeira é fácil para a maioria das pessoas: aceitar o inferno e tornar-se parte deste até o ponto de deixar de percebê-lo. A segunda é arriscada e exige atenção e aprendizagem: tentar saber reconhecer quem e o que, no meio do inferno, não é inferno, e preservá-lo, e abrir espaço.

Ítalo Calvino

Neste momento de fazer o fechamento deste trabalho, salienta-se a sensação da inquietação, provocada pela sensação de inacabado. Nas linhas que percorremos ao longo destes escritos, buscamos problematizar as políticas sobre álcool e outras drogas no contexto da sociedade de controle e de consumo e a biopolítica que sustenta regimes de verdade das políticas proibicionistas. Trouxemos a Redução de Danos como uma tecnologia leve de cuidado no território, que acompanha os diferentes modos de andar a vida das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Transcorremos pela história da redução de danos e de sua construção junto à luta antimanicomial e da Reforma Sanitária e nos aprofundamos em seu percurso clínico-político em sua transição das Políticas de DST/AIDS para a Saúde Mental e as perspectivas de trabalho na Atenção Básica a partir dessa transição. Para trazer a experiência micropolítica dessa transição, vivemos um território que nos possibilitou aprofundar questões como: a transição da redução de danos como estratégia e diretriz do cuidado; a relação e os impasses com a Reforma Psiquiátrica quando o próprio território dispõe de um hospital psiquiátrico; as linhas e fluxos de um cuidado no território e as possibilidades de intervenções com contribuições da estética da existência, ao pensar a redução de danos como um cuidado de si; e a precarização do trabalho, que acompanha o trabalho da redução de danos desde o seu início e que se atualiza neste campo de pesquisa.

Na vivência com o território, utilizamo-nos do Método da Roda, de Gastão Wagner de Sousa Campos, que serviu também para pensar o papel do apoiador institucional e a cogestão de coletivos, já que também pudemos problematizar a

relação da pesquisadora com o campo, que é com a pesquisa, mas é também de apoiadora institucional.

Ao longo desse tempo, percorremos não só linhas de cuidado, mas também linhas literárias que nos ajudaram a tecer algumas pistas para buscar dar sustentação a redução de danos como uma tecnologia leve de cuidado e, portanto, como um trabalho vivo em ato.

Para pensar sobre o trabalho que a redução de danos faz na micropolítica, recorremos a Deleuze e Guattari, que em seu livro “Kafka: por uma literatura menor” discorrem sobre a literatura judaica em Varsóvia ou Praga, sobre como Kafka, sendo um judeu-tcheco vivendo sob ocupação nazista, se utiliza do idioma alemão para escrever coisas que jamais poderiam ser aceitas naquela língua e, inclusive, naquele momento. “Uma literatura menor não pertence a uma língua menor, mas, antes, à língua que uma minoria constrói numa língua maior.” (DELEUZE; GUATTARI, 2003, p. 38)

Deleuze e Guattari, a partir da leitura de Kafka, propõem três categorias da literatura menor, que são “a desterritorialização da língua, a ligação do individual com o imediato político, o agenciamento coletivo de enunciação” (DELEUZE; GUATTARI, 2003, p. 41). A primeira característica

[...] é que a língua, de qualquer modo, é afetada por um forte coeficiente de desterritorialização. Kafka, nesse sentido, define o impasse que impede o acesso à escrita aos judeus de Praga e faz da literatura algo de impossível; impossibilidade de não escrever, impossibilidade de escrever em alemão, impossibilidade de escrever de outra maneira (DELEUZE; GUATTARI, 2003, p. 38).

Então, se a literatura menor tem uma relação de desterritorialização com a língua, podemos fazer uma analogia com o caráter de desterritorialização da redução de danos com relação aos paradigmas preconcebidos a respeito das pessoas que usam drogas. E aí, já entrelaçamos a redução de danos com a segunda característica da literatura menor, no seu caráter político. Por ser um trabalho que não tem uma formação como garantia, acontece muito pela militância dos próprios trabalhadores que apostam neste outro modo de acesso, escuta e acolhimento ao usuário, estando aí já a marca do seu caráter político. Porque dar voz e vez para pessoas que fazem uso de drogas e que acabam indo morar em um

cemitério, é um ato político. Essa segunda característica da literatura menor

[...] é que nelas tudo é político. Nas grandes literaturas, pelo contrário, a questão individual (familiar, conjugal, etc.) tende a juntar-se a outras questões igualmente individuais, em que o meio social serve de ambiente e de fundo, de tal maneira que nenhuma das questões edipianas é indispensável em particular, nem absolutamente necessária, mas todas elas fazem “bloco” num vasto espaço. A literatura menor é completamente diferente: o seu espaço, exíguo, faz com que todas as questões individuais estejam imediatamente ligadas à política.” (DELEUZE; GUATTARI, 2003, p. 39)

A terceira característica é a de tudo ser tomado como valor coletivo. “O que o escritor diz sozinho já constitui uma ação comum, e o que diz ou faz, mesmo se os outros não estão de acordo, é necessariamente político” (idem, p. 40). E aí, então, a relação que podemos fazer com a redução de danos, de servir como potência em despertar uma outra sensibilidade no campo das políticas sobre drogas através do seu fazer cotidiano, que é o de trabalhar nas margens. Os redutores sempre tiveram que se deparar com situações-limite, que vão desde as situações graves que eles acompanham no campo, à exposição em territórios marcados por situações de vulnerabilidade, desigualdade e violência. E mesmo com a precarização do trabalho, marca da redução de danos desde o seu início, trabalha com o objetivo de promover espaços de acolhimento e aceitação dos tão diferentes modos de andar a vida.

É a literatura que se encontra carregada positivamente desse papel e dessa função de enunciação coletiva e mesmo revolucionária: a literatura é que produz uma solidariedade ativa apesar do ceticismo; e se o escritor está à margem ou à distância da sua frágil comunidade, a situação coloca-o mais à medida de exprimir uma outra comunidade potencial, de forjar os meios de uma outra consciência e de uma outra sensibilidade. (DELEUZE; GUATTARI, 2003, p. 40)

Então, ao trazermos a ideia de uma *Redução de Danos menor*, no sentido que Deleuze e Guattari dão ao termo “literatura menor”, estamos falando de um paradigma contra-hegemônico com relação às ações prescritivas e proibicionistas do campo das drogas. Quando menor, a Redução de Danos tem a potência de se colocar como “fora”, ou seja, o que se organiza em forma de luta comum e coletiva, dando efeito de bando e de margem que se insurge contra o Estado, denominado

por Deleuze e Guatari de máquina de guerra (SOUZA, 2009; DELEUZE; GUATARI, 2002).

Esse conceito, máquina de guerra, é importante para pensarmos os movimentos sociais e sua relação com o Estado. Porém, máquina de guerra e movimentos sociais não são da mesma natureza, pois o primeiro refere-se a um “fora” que resiste ao estado e é marcada pelo signo da luta. Já os movimentos sociais são passíveis de acordos e contratações e, por isso, nem sempre tomam posição contra o Estado. Fazem um movimento de ir e vir do dentro e do fora do Estado, estabelecendo poros de abertura, “dando potência para que a máquina de guerra se atualize no interior da máquina estatal” (SOUZA, 2009, p. 48). Mas também corre-se o risco de que a luta se encerre ou se esfrie em virtude de acordos incessantes, fragmentações e burocratizações (SOUZA, 2009).

“Avaliar a relação entre políticas de Estado e políticas públicas, implica antes de tudo, avaliar a relação que se estabelece entre máquina de Estado e os movimentos sociais” (SOUZA, 2009, p. 48). No Brasil, no Movimento da Reforma Sanitária, o desafio de incluir o “fora” no interior da máquina do Estado deu brecha para que o SUS, mesmo com a marca interiorizada pelo Estado, tenha uma face voltada para o “fora” através da participação da população. Seus princípios e diretrizes: a universalidade, integralidade, equidade, participação social e descentralização, são o que garantem uma abertura no interior da máquina estatal para que o “fora” do Estado se mantenha atuante no seu interior (SOUZA, 2009).

As políticas sobre drogas também são permeadas pela entrada do fora, pois são marcadas por movimentos principalmente de luta pela descriminalização das drogas e o uso de drogas legitimado no campo dos direitos humanos. Reivindica-se o direito de escolha pelo uso de drogas e o direito ao cuidado em liberdade, quando este se faz necessário. Estes movimentos têm uma marca de se colocar no sentido contra-hegemônico da atual política de drogas na luta por direitos, pois ainda se tem muito o que avançar para ter um descolamento do uso de drogas da criminalização ou da doença.

É desde esse lugar de “fora”, desse lugar marginal, que a redução de danos consegue se colocar como política. Que política? Uma micropolítica, que opera como ética do cuidado de si e do outro e que coloca recalcitrâncias para a

biopolítica. Uma redução de danos menor tem a potência de operar como “fora”, é desde esse lugar de fora que também opera como uma redução de danos que, quando menor, pode fazer da própria desterritorialização um território existencial, de agenciamento coletivo de enunciação no seu caráter político de transformação subjetiva.



REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Luis Antonio de. **A cidade dos sábios**. São Paulo: Summus, 1999.

Baremlitt, Gregorio F. (2002) **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática, 5ed., Belo Horizonte, Ed. Record: 2002.

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.

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 2009.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988** - Com as Emendas Constitucionais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 06 de agosto de 2012.

_____. 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: 2003b.

_____. Ministério da saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de Redução de danos**: saúde e cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____, Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica**. nº 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 06 de agosto de 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 1101/GM, de 12 de junho de 2002.** <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>. Acesso em: 06 de dezembro de 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, Brasília, 5.ed. amp., p. 17-19, 2004.

_____. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da Saúde.** 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b

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

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica.** n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Caroline Schneider. **A Perspectiva da Redução de Danos com usuários de drogas:** um olhar sobre os modos éticos de existência. Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como registro do grau parcial de Mestre em Psicologia Social e Institucional. UFRGS: 2003a.

BRUM, E. **A vida que ninguém vê.** Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; Domitti, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referencia:** uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.2, p.399-407, 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf. Acesso em: 09 de dezembro de 2009.

CAMPOS-ONOCKO ET AL. **A Gestão Autônoma da Medicação:** uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10):2889-2898, 2013

CAMPOS, R. O. ET AL. **Saúde mental na atenção primária à saúde:** estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4643-4652, 2011.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo. *Linha de Cuidado: a imagem da mandala*

na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

CECÍLIO, L. C. O. **O "trabalhador moral" na saúde**: reflexões sobre um conceito . In: Interface (Botucatu), vol.11, no.22, Botucatu: May/Aug., 2007.

CONTE ET AL. **Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica**. In: Boletim da Saúde, Porto Alegre, vol. 18, número 1, jan/jun, 2004.

DELEUZE, G., GUATTARI, F. **Kafka**: Por uma literatura menor. Ed. Assírio & Alvim: 2003

_____. **Mil platôs**, vol. 5. Rio de Janeiro: Editora 34, 2002.

_____. **O Anti-Édipo**. Rio de Janeiro: Imago, 1976

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005

DESPRET, V. **Ces émotions que nous fabriquent**. Paris: Lês empecheurs de penser en rond, 1999.

ESCOHOTADO, Antonio. **O livro das drogas**: usos e abusos, preconceitos e desafios. SP, Dynamis Editorial, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 25ª edição. São Paulo: Graal, 2012.

_____. **Ditos e escritos**, volume V: Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

_____. **História da sexualidade 2**: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

_____. **História da Sexualidade I**: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

_____. Subjetividade e verdade. In: M. Foucault, **Resumo dos cursos do Collège de France** (pp. 107-116). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. **História da Sexualidade 3**: O cuidado de si. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FRANCO, T. B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro e Mattos (Orgs.). **Gestão em Redes**; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do Cuidado Integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. Universidade Federal Fluminense, 2011. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização** (1930). Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=37

KASTRUP, Virgínia e ESCÓSSIA, Liliana ORGs. **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

LANCETTI, A. **Os riscos escondidos do crack**. 2011. Disponível em: <http://www.coletivodar.org/2011/09/os-riscos-escondidos-do-crack-por-antonio-lancetti/>

_____. **A clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2012.

LANCETTI, A.; Amarante, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, organizador. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 615-63. 2006.

LATOUR, B. **When things strik back**: a possible contribution of science studies to the social sciences. *British Journal of Sociology*, v. 51, n. 1, jan/mar, 2000.

MARASCHIN, C. Pesquisar e Intervir. In: **Revista Psicologia & Sociedade**; 16 (1): 98-107; Número Especial 2004, 2004, p. 99.

MARLATT, G. Alan. **Redução de Danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MEDEIROS, Rafael Gil. **Para além dos slogans**: o que foi prometido e o que deve ser cumprido no recém lançado Plano Nacional de enfrentamento ao crack. Disponível em: <http://blogsaudefrasil.com.br/2011/12/11/para-alem-dos-slogans-o-que-foi-prometido-e-o-que-podera-ser-cumprido-no-recem-lancado-plano-nacional-de-enfrentamento-ao-crack/>. Acesso em: 06 de agosto de 2012.

MERHY, E. E. **Anormais do desejo: os novos não humanos?** Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Drogas e Cidadania: em debate / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2012.

_____. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORI, Maria Elizabeth; SILVA, Fábio Hebert & BECK, Fernanda Luz. Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de cogestão: uma aposta no plano coletivo. In: **Revista Interface**. V.13, supl.1, p.719-27, 2009

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.

NARDI, H. C., RIGONI, R. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. In: **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 273-282, mai./ago. 2005

NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO. 2ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

PAIM, J.S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva. In: ABRASCO. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro, ABRASCO/NUTES/CLATES, 1982. p.3.

PAIM, J.S. & Almeida Filho, N. 1998. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública** 32(4):299-316.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia e ESCÓSSIA, Liliana ORGs. **Pistas do método da cartografia:** Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS Eduardo & BARROS, Regina. Pista 1 – A cartografia como método de pesquisa intervenção. IN: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia e ESCÓSSIA, Liliana ORGs. **Pistas do método da cartografia:** Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PETUCO, Denis Roberto da Silva; MEDEIROS, Rafael Gil. **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>

POZZANA, L., KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: 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.

QUEIJO, D. Uma luz à escuridão: Redução de danos busca amenizar riscos para quem não consegue se livrar das drogas. In: **Jornal Diário Popular**. Reportagem de

29 de Maio de 2013. Disponível em:
http://www.diariopopular.com.br/tudo/index.php?n_sistema=3056&id_noticia=Njg4NjM=&id_area=Mg

_____. Depois da luz. In: **Jornal Diário Popular**. Reportagem de 25 de Agosto de 2013. Disponível em:
http://www.diariopopular.com.br/index.php?n_sistema=3051&id_noticia=Nz14Nzg=&id_area=NA

RAMINGER, T. **Trabalhador de Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica, Saúde do Trabalhador e Modos de Subjetivação nos serviços de Saúde Mental**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. UFRGS, Porto Alegre, 2000.

RIBEIRO, Eduardo Mendes. **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.

RIGONI, Rafaela de Quadros. **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.

ROBERTO, Clarice. Redução de danos: consequências na clínica analítica. In: **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**. Número 24. Porto Alegre: APPOA, 2003.

ROLNIK, S. Toxicômanos de identidade: Subjetividade em tempo de globalização. In **Cultura e subjetividade**. Saberes Nômades, org. Daniel Lins. Papyrus, Campinas 1997. Disponível em:
http://caosmose.net/suelyrolnik/pdf/viciados_em_identidade.pdf. Acesso em março de 2014.

SANTOS, Milton. **Pensando o espaço do homem**. 5ª Ed. São Paulo: Editora da USP, 2004.

_____. **O mundo global visto do lado de cá.** Documentário: 2006. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=-UUB5DW_mnM

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.

_____. O fora do Estado: considerações sobre movimentos sociais e saúde pública. In: CARVALHO, Sergio Carvalho. **Conexões:** saúde coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2009.

SADE, C. ET AL. O ethos da confiança na pesquisa cartográfica. In: **Fractal**, Rev. Psicol., v. 25 – n. 2, Maio/Ago, 2013.

WODAK, A. A redução de danos e Programas de Trocas de Seringas. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Troca de seringas:** Ciência, debate e saúde pública. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. 1998.