



ESCOLA DE REDUÇÃO DE DANOS NA FRONTEIRA DO BRASIL COM O PARAGUAY

Paulo C. Duarte Paes
Tathyanne Sanches Orlando

ESCOLA DE REDUÇÃO DE DANOS DE PONTA PORÃ/2012
CAPS Álcool e Drogas – Secretaria Municipal de Saúde –
Prefeitura Municipal de Ponta Porã
Prefeito - Flávio Kayatt
Secretário de Saúde - Josué da Silva Lopes
Coordenação do CAPSad - Dra. Regina Maria Gattass Ferreira

Coordenadores da Escola de Redução de Danos:

Carlos Alberto Urizar
Tathyanne Sanches Orlando

Assessores Técnicos:

Maria Fernandes Adimari
Paulo Cesar Duarte Paes

Ministrantes do Curso:

Alberto Jungen Wider
Estela Márcia Rondina Scandola
Evandro Mascarenhas
Manoel Angel Fresco
Maria Beatriz Almeidinha Maia

Supervisores de Campo:

Anibal Maldonado de Nara
Carlos Alberto Urizar
Clara Mitsuko Tsuchida
Nilmar de Oliveira Alves
Tathyanne Sanches Orlando

Alunos/Redutores de Danos:

Agda Martins Arruda Rodrigues
Alexandra Rossetto Barbosa
Andreia do Amaral Dias
Aline Aguilera de Souza
Anibal Duarte Paranderi
Antonia de Jesus Coronel
Caroline Rigotte
Cevanio Gomes Romero
Cremilde Alves Magalhães
Damiana Braz Albuquerque Gavilan
David Nunes Iahnn
Dionísio Davalo
Elizabeth Fernandes Ishy
Fabiana Medeiros Fabris

Irondina Martins Dornelles
Jeni Josiane Coinete
Lidiane Páscua dos Santos Calonga
Luci Ribeiro
Luis Soo Kwin
Madalena Vissamalia Lino
Mara Lucia Lopes Rojas
Maria Carmen Recalde Mareco
Maria Delma Arguello Vera
Marcos Aurélio Fernandes Almada
Mayara Alvino
Nilcilene Piell de Souza
Ulisses César Alcarás Junior
Valdete Ferreira de Araújo



ESCOLA DE REDUÇÃO DE DANOS NA FRONTEIRA DO BRASIL COM O PARAGUAY

Paulo C. Duarte Paes
Tathyanne Sanches Orlando

Ponta Porã, MS
2013

FICHA TÉCNICA

Autores

Paulo Cesar Duarte Paes
Tathyanne Sanches Orlando

Revisão ortográfica

Lúcia Helena

Projeto gráfico e Editoração

Lennon Godoi

Impressão e acabamento

Monono Monononono

FICHA CATALOGRÁFICA

PAES, Paulo Cesar Duarte, ORLANDO, Thatyanne Sanches.
Escola de Redução de Danos na fronteira do Brasil com o
Paraguai.
Campo Grande, 2013.

INTRODUÇÃO

Atualmente é visível no cenário mundial um conflito entre os defensores de um tratamento mais humanizado aos usuários de drogas e as antigas legislações preconceituosas e moralistas que concebem o usuário de drogas como um criminoso ou doente. Essas políticas de “Guerra às Drogas” produziram problemas insolúveis como a ligação entre o consumo de drogas e o crime e uma cultura discriminatória que joga na marginalidade e no abandono milhões de seres humanos em todo o mundo. Felizmente, desde o início da redução de danos nos anos de 1980 iniciou-se um movimento internacional que tem avançado em todo o mundo.

A legalização da produção e do consumo de maconha no Uruguai vai diminuir radicalmente o crime e os problemas advindos do consumo de drogas. Isto também vem acontecendo em países europeus, na Austrália, no Canadá e até em vários Estados dos Estados Unidos que despenalizam o consumo. Até no Brasil seria impensável há cinco anos as marchas pela descriminalização e legalização da maconha, comuns mesmo nas cidades menores. Existe hoje um movimento de humanização da compreensão do uso de drogas contrariando radicalmente aqueles que querem a internação compulsória dos usuários de crack, os que acham que uso de drogas é caso de polícia ou isolamento, mas somente pioram ainda mais os problemas advindos do uso do crack.

Nesse cenário é que surge um trabalho consolidado de redução de danos no município de Ponta Porã, no Estado de Mato Grosso do Sul, fronteira seca com Pedro Juan Caballero, Paraguai. Um grupo de

trabalhadores da saúde e de outras áreas vem há mais de dez anos trabalhando e acumulando experiência sobre uma nova abordagem dos usuários.

Quando os primeiros defensores da redução de danos (RD) iniciaram a implantação dos programas de RD no Estado pensavam que na região de Ponta Porã seria muito difícil que os trabalhos avançassem. A região, com mais de 500 quilômetros de fronteira seca entre Brasil e Paraguai, é conhecida na mídia pelo contrabando, pelo tráfico de drogas, pela violência do crime organizado, pelo preconceito homofóbico, pelas disputas de terras indígenas e dificuldade no cumprimento de direitos humanos. Pois aconteceu justamente o contrário. Graças a uma equipe de profissionais da saúde dos dois países que atendem usuários de drogas com uma abordagem mais humanizada, a cidade de Ponta Porã foi reconhecida pela sua prática de redução de danos no Estado de Mato Grosso do Sul, mesmo que haja ainda muito que se avançar.

Mas o que é redução de danos? O conceito foi usado primeiramente com esse objetivo na Holanda e na Inglaterra quando um grupo de enfermeiras e de organizações não governamentais (ONGs) protagonistas de usuários de drogas iniciou um trabalho de esclarecimento dos usuários de heroína e cocaína injetada sobre os males causados pelo compartilhamento de seringas e agulhas. A troca de seringas foi decisiva no controle da AIDS. O mais importante dessa história não seria o fato pontual da criação de uma sistemática de trocas de seringas, mas a criação de uma rede entre os usuários de drogas que mudasse o seu comportamento, criando a figura do protagonista: o próprio usuário de drogas sendo o responsável pelo desenvolvimento de hábitos mais saudáveis entre seus pares sem a obrigação da abstinência.

Essa abordagem de atendimento a usuários de drogas pegaria uma carona nos programas de prevenção a AIDS em todo o mundo e no final dos anos de 1990 quase todos os países já estavam desenvolvendo seus programas e estratégias de redução de danos. Com os remédios que controlam os efeitos da AIDS e a diminuição radical do uso de drogas injetáveis, a redução de danos deixa de ser apenas

uma estratégia de prevenção a AIDS e passa a ser parte importante das Políticas de Drogas. No Brasil, depois do enfrentamento de um intenso preconceito, a redução de danos passa a ser parte importante da política nacional de drogas e do Sistema Único de Saúde (SUS), na área de saúde mental. Infelizmente, até hoje, a redução de danos fica restrita a um número pequeno de profissionais e protagonistas da área não chegando ao grande público. Por isso achamos muito relevante que as ações de RD extrapolem os limites do atendimento e sejam divulgadas para outros segmentos e o público em geral, o que gerou a necessidade de uma publicação para divulgar a experiência de RD do Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas (CAPSad) de Ponta Porã, que nesse momento implanta a primeira Escola de Redução de Danos (ERD) do Estado.

Quando lemos o edital do Ministério da Saúde para o financiamento da implantação da ERD, o primeiro pensamento que surge é: O que é essa Escola? E a equipe do CAPSad foi paulatinamente respondendo essa pergunta com o trabalho incessante da burocracia, das normas financeiras, das propostas práticas sobre RD e dos estudos teóricos. Compreendemos que não seria uma Escola nos moldes do ensino fundamental ou coisa assim. Na realidade trata-se de um mecanismo de formação continuada de redutores que, ao mesmo tempo em que se preparam, implantam uma estratégia de RD viável para o município. Nossa estratégia está focada em uma formação teórica e prática durante um semestre, ao final do qual uma equipe de convidados de várias instituições da rede está apta a abordar usuários diretamente nos seus locais de uso, mapeando esse trabalho e encaminhando os usuários para uma rede de atendimento.

Um grupo permanente de profissionais de diferentes áreas que criem vínculos de confiança com grupos de usuários, principalmente de pasta e *crack*, e penetre nesses grupos agindo como mobilizadores internos para a busca da melhoria da qualidade de vida e defesa dos direitos humanos dos usuários. O controle sobre o uso é então um tema transversal, que não visa a constranger o usuário que não consegue

esse controle, mas que orienta os grupos de usuários nesse sentido, ao encaminhá-los para atendimentos variados, com centralidade no CAPSad, que é a referência do trabalho. A formação dos redutores não garante a continuidade dos trabalhos com a mesma intensidade depois do fim do curso, mas a escolha dos profissionais se deu no sentido de que estes continuassem a participar da equipe e o foco do curso foi na construção de um compromisso dos redutores com a continuidade dos trabalhos. Com esse objetivo também tivemos a ideia de publicar esse livro para abranger as pessoas na comunidade e para que os redutores tenham uma orientação continuada dos seus estudos mesmo com a paralisação temporária do curso. Nesse sentido foi fundamental o apoio da Secretaria de Saúde e da Prefeitura Municipal de Ponta Porã que garantiu todo o apoio necessário que não estava previsto no projeto. Tivemos também o apoio da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul na publicação.

O presente livro se divide em duas partes. A primeira, mais prática, descreve a história da RD até a implantação da ERD, com sua metodologia de estudo, trabalho de campo e encaminhamento para a rede de apoio. A segunda parte do livro é mais teórica e contém os textos que foram estudados durante o curso, tratando-se de uma reflexão teórica sobre a abordagem de redução de danos e do uso de drogas em geral.

O Ministério da Saúde orienta para a aplicação da RD como fundamento da abordagem dos CAPSad em todo o país. Em Ponta Porã, a RD começou antes do próprio CAPSad que, desde sua criação, contou com o trabalho efetivo de profissionais de saúde oriundos de atividades de RD em campo realizado anteriormente por ONGs. É o caso do educador Anibal Nara e do Psicólogo Carlos Urizar, conforme descreve o primeiro artigo do livro denominado: **Histórico, Criação e Perspectivas da Escola de Redução de Danos de Ponta Porã.**

As atividades de redução de danos na cidade acontecem há mais de dez anos. No início era esporádica e, com a implantação do CAP-

Sad, tornou-se permanente. Isso levou a coordenação do CAPSad a idealizar a criação da Escola de Redução de Danos de Ponta Porã por meio de um projeto de um edital do Ministério da Saúde. De posse dos recursos oriundos, a equipe ficou cerca de quatro meses estudando e idealizando a melhor forma de conduzir a criação da ERD. Pensou-se em uma metodologia que dialogasse a prática com os fundamentos teóricos, com uma didática que privilegiasse as dinâmicas interativas, mas sem perder objetivo de uma compreensão fundada em estudos dos autores clássicos que tratam do tema. Assim, os quase 30 redutores escolhidos nas redes de apoio, tanto do lado brasileiro quanto paraguaio, iniciaram sua participação no primeiro módulo de formação em julho de 2012.

O artigo **1.2 Os conteúdos estudados e a metodologia da formação dos redutores** descreve essa dinâmica desde seu planejamento até os desdobramentos do trabalho que muitas vezes tem que mudar um pouco o rumo tendo em vista as possibilidades e as dificuldades encontradas. Os redutores passaram por 160 horas de formação com estudos teóricos, trabalhos escritos sobre autores importantes e o concomitante estudo sobre as realidades do campo e da rede de apoio. O trabalho foi dividido em dez módulos com carga horária variável entre 8 horas e 20 horas e um trabalho paralelo de Atividade Orientada em Campo. No 4º Módulo, iniciaram-se as simulações de atividade de campo e depois, paralelamente, as atividades orientadas em campo que se constituíram de planejamento, abordagem de usuários e o posterior encaminhamento para a rede de apoio e a família.

Como os profissionais do CAPSad já têm longa experiência de trabalho em campo, ficou fácil orientar os novos redutores. Foi grande a ansiedade antes da primeira ida ao campo, conforme descreve o item **1.3 Preparação para o trabalho de campo**. O primeiro contato com usuários de pasta base e *crack* nas ruas é um momento de desmistificação. A quebra do mito é o fundamento para a humanização, para que se sintam e se compreendam o usuário que precisa de apoio e de vínculos sociais, condição para a vida de todos os seres humanos. Uma aluna

reduzora disse que: “Na simulação em sala de aula havia um sentimento de receio, uma insegurança no sentido de não conseguir fazer a abordagem corretamente, mas na hora do campo isso não aconteceu, pois ficamos seguros, sabíamos o que fazer e o mais importante foi o prazer de realizar a abordagem e criar um vínculo com os usuários”.

Desde o início do curso os redutores foram orientados no sentido de que não adianta apenas fazer a abordagem e criar o vínculo, mas que esse vínculo deve ser a base para os encaminhamentos para a rede de apoio à RD. Como os redutores foram escolhidos como representantes das instituições que compõem a rede, ficou fácil mapear variadas possibilidades de encaminhamento de usuários para diferentes instituições de saúde, assistência social, educação, trabalho, cultura, esporte, segurança, justiça, lazer, para o contato com a família e outros encaminhamentos. Esse é justamente o diferencial da RD em campo, pois possibilita um contato com um grande número de usuários que não quer ou não consegue parar de usar, mas que quase sempre tem outras demandas pessoais que precisam ser atendidas. O item **1.4 A rede de apoio a RD**, trata justamente dessa dinâmica entre o trabalho de campo e o encaminhamento para a rede de apoio. O redutor tem um duplo papel: o de orientar o usuário para suprir suas demandas pessoais e o de orientar as instituições afins para receber bem o usuário de drogas. Essa relação entre usuário e rede humaniza fortalece a autoestima do usuário, contribuindo para que ele se controle, ou até deixe de usar a droga, ao contrário das abordagens moralistas que marginalizam o usuário, tornando-o ainda mais vulnerável a um uso abusivo e patológico dos psicoativos.

A droga mais usada pelos usuários atendidos pelos programas de RD em todo o Estado de MS é a pasta base, que causa os mesmos efeitos do *crack*, mas é feita de forma diferente. Essa droga é encontrada principalmente nas regiões de fronteira do Brasil com a Colômbia, o Peru, a Bolívia e, mais recentemente, com o Paraguai. O item **2.4 A pasta base e o crack nas fronteiras de Mato Grosso do Sul** resulta de três pesquisas realizadas nos últimos seis anos com usuários de pasta e *crack* em Campo Grande. Como existe uma grande similaridade na for-

ma de uso, nas adversidades, no público usuário e até no fornecimento da droga entre Ponta Porã e Campo Grande, achamos importante apresentar esses resumos dos objetivos e resultados das pesquisas para que o leitor compreenda um pouco melhor a realidade sobre o uso dessa droga na região. Foram pesquisadas muitas informações sobre a história de vida dos usuários o que facilita o entendimento dos redutores sobre o público com o qual trabalham.

A segunda parte do livro Fundamentos Teóricos da Redução de Danos compõe-se de textos que foram estudados pelos redutores durante sua formação. Alguns não puderam ser aqui impressos porque dependiam de autorização das editoras e dos autores e seria quase impossível conseguir isso em curto espaço de tempo que tivemos para editar a presente publicação. É importante esclarecer o leitor de que o objetivo da publicação destes textos teóricos não é dar conta de atender a grade curricular do curso, mas tão somente apresentar algumas das reflexões que contribuíram para a fundamentação de uma posição teórica dos redutores sobre o uso de drogas.

A fragilidade do conjunto dos textos publicados não descaracteriza a relevância e a profundidade com que são tratados os temas em cada artigo, mesmo conscientes de que foram deixadas lacunas importantes para uma visão mais abrangente da questão. Ao estudar a história do uso de drogas até a implantação da RD e algumas reflexões psicanalíticas e vigotskianas sobre o uso de drogas, os redutores fundamentam-se para realizar a defesa de direitos dos usuários e compreendem melhor o seu papel diante da sociedade. A compreensão mais teórica e complexa da temática torna-se um instrumento de trabalho para ser usado pelos redutores nas suas ações com a rede e até mesmo com os usuários.

A força proibicionista parece já não ter o mesmo fôlego que tinha há dez anos, mas ainda se mantém forte o suficiente para impedir a criação de novas legislações mais humanizadas, tal qual podemos já avistar mais recentemente no Uruguai e na Argentina. Se os reduto-

res não conseguem compreender que essa normativa legal é fruto de interesses sociais e históricos, passam a agir sempre enquadrados na perspectiva dominante que tem uma compreensão moralista sobre o uso de droga ilícita, compreendendo o fenômeno do ponto de vista da política de segurança pública, que é responsável em fazer cumprir a lei. Acontece que a RD é uma política de saúde pública, perpassando diferentes áreas, cuja filosofia de atendimento vai ao sentido oposto ao da polícia. Ao saber que as drogas somente passaram a ser proibidas no final do século XIX e início do século XX, motivadas por interesses comerciais, o redutor fundamenta uma posição contrária à dominante, mais humanizada e também mais conflitiva por compreender as atuais legislações como retrógradas e prejudiciais aos usuários de drogas ilícitas e à sociedade como um todo.

O item **2.1 A historicidade do uso de drogas** demonstra que o uso delas está presente desde os primórdios da humanidade, seja por motivos religiosos, de saúde ou de lazer, e que todas as sociedades fizeram ou fazem uso de drogas. As drogas vão deixando de ser uma parte endógena e saudável da sociedade conforme seu uso deixa de ser espontâneo e passa a ser de interesse de mercado, como na indústria da cerveja, que consegue manter uma legislação que permite a todas as crianças do país mergulharem nas propagandas mais capciosas e apelativas possíveis para ganhar o público. Resulta dessa atitude legislativa um número escabroso e vergonhoso de mortes, violência e todo o tipo de problemas relacionados ao uso de álcool. Então não se trata de proibir o uso de drogas, mas de regular, controlar, enfim, reduzir os danos causados por essa prática histórica.

A guerra do ópio da Inglaterra contra a China no final do século XIX demonstra claramente como os interesses econômicos de grandes corporações se sobrepõem às necessidades de saúde de um povo. Assim, a proibição da maconha foi financiada por interesses comerciais da indústria do náilon nos EUA no início do século XX. A política estadunidense de guerra às drogas tem um fundo moralista, mas na realidade defende interesses geopolíticos permitindo a presença militar

desse país na América Latina. Todos esses interesses fortalecem e até financiam também pesquisas e produção de conhecimentos coadunados com essa política de guerra às drogas e têm atualmente na redução de danos o seu grande inimigo, pois a RD parte do princípio de humanização da relação e do atendimento ao usuário, contrariando essas políticas que somente querem ver o usuário isolado na internação ou na cadeia e criam um cerco ao seu redor impedindo o acesso das políticas públicas as suas demandas.

Quanto mais se marginaliza e se oprime o usuário, mais fica ele fragilizado diante das situações concretas e objetivas da sociedade, e também diante de si mesmo na sua subjetividade. Isso já nos demonstrava o psicanalista Claude Olieveinstein nos anos de 1950, quando criou sua clínica do toxicômano e revolucionou os então métodos terapêuticos baseados apenas no isolamento e não na compreensão das origens da toxicomania. O item **2.3 A formação do toxicômano em Olieveinstein e a estratégia de RD** busca compreender os principais focos do pensamento do autor sobre os motivos subjetivos que levaram à formação de uma personalidade adicta desde a infância. O autor cita o exemplo do texto de Sartre “idiota da família”, para demonstrar que em uma família aparentemente normal pode existir um filho que seja aquele ao qual será imputada toda a negatividade do grupo familiar. Como um para-raios esse indivíduo, para sobreviver, vai exacerbar o imaginário, vivendo um jogo perigoso de amor e ódio que o levará a estabelecer relações sadomasoquistas. Para Olieveinstein, não foi a droga sozinha que provocou a ruptura e a destrutividade, mas estas já existiam antes e a droga parecia já estar sendo esperada há muito tempo para liberar o usuário de sua prisão imaginária, ganhando asas concretas nos psicoativos. Depois de grande sofrimento quando se inicia a busca do controle e da abstinência, tudo perde o colorido, o sentido do prazer, tornando a vida uma espera dolorosa, mas suportável. Essas reflexões possibilitam aos redutores uma compreensão mais ampla e profunda sobre as origens da toxicomania desde as motivações infantis até o tratamento, passando pelo êxtase do consumo desmedido.

Winnicott também buscou a vertente psicanalítica para compreender um tipo de destrutividade e delinquência que resultam da privação emocional causada por uma ruptura na relação de afeto da criança geralmente com sua mãe. Quando a criança se vê afastada do afeto maternal, ela desenvolve atitudes agressivas, destrutivas e seu ódio será despejado na realidade. Quando a criança não tem essa possibilidade, despeja seu ódio no seu próprio imaginário, buscando criar um controle mágico sobre o mundo e essa marca o autor vai encontrar em milhares de jovens que foram afastados de suas famílias na Inglaterra durante a Segunda Guerra Mundial. Essas reflexões nos ajudam a compreender que a origem dessas personalidades destrutivas remonta aos tempos da infância, antes do contato com outras formas de crime ou, no caso do nosso estudo, com o uso de drogas. O texto **2.5 O conceito de privação emocional em Winnicott e a estratégia de redução de danos** tem como objetivo proporcionar um fundamento para o entendimento sobre algumas das origens do uso abusivo de drogas. Essa reflexão proporciona ao redutor de danos uma um novo entendimento sobre o tema, sustentando um diálogo com outros entendimentos e constituindo um instrumento de análise, compreensão da realidade e defesa de direitos dos usuários.

O último texto do livro, um pouco mais longo, é um estudo fundado em Vigotski, focado no desenvolvimento do pensamento e da linguagem e na atividade humana como desencadeadora do desenvolvimento, como fundamentação para o desenvolvimento do controle sobre as atitudes da vida, notadamente sobre o uso de drogas. Ao demonstrar que o pensamento não existe sem a cultura apropriada externamente e que esta é determinante no desenvolvimento humano, Vigotski nega a afirmação da psicanálise que entende o inconsciente como determinante. Para o autor, a consciência é histórica e os seus aspectos objetivos e subjetivos são parte de uma unicidade, um não existe sem o outro. O pensamento é então resultante de forças objetivas e subjetivas do desenvolvimento histórico e não como algo que se desenvolve do individual para o social. O indivíduo se apropria da cultura histórica-

mente acumulada quando age na realidade. A ação no meio proporciona a internalização dos códigos da cultura, o que supõe que para o desenvolvimento humano é imprescindível a atividade humana. O texto **2.5 Os principais conceitos da teoria de Vigotski na estratégia de redução de danos** associa o conceito de desenvolvimento do autor soviético para demonstrar que as ações de RD são mais efetivas do que a internação, o isolamento e a marginalização do usuário, para a solução dos problemas oriundos do uso abusivo de drogas.

Como pode observar o leitor, essas reflexões teóricas não têm o objetivo de esgotar o assunto ou dar conta de compreender todo o vasto campo da teoria voltada para a fundamentação das ações de RD. Nosso objetivo é proporcionar alguns estudos teóricos já existentes e que estes sirvam como instrumentos de mediação intelectual na prática da RD.

A sequência do primeiro para o segundo capítulo obedece ao critério de desenvolvimento do mais fácil para o mais complexo. Os primeiros textos são mais objetivos e práticos, facilitando a leitura para aqueles que têm menos exercício nos textos científicos. Já os últimos textos possuem mais complexidades, necessitando do conhecimento de alguns códigos da psicologia e da pedagogia para serem compreendidos. Isso porque muitos redutores estão apenas iniciando seus estudos sobre o assunto e estes poderão penetrar no texto até onde for possível. Ao elaborar a estratégia de prática da redução de danos não nos furtamos à necessidade de que também os estudos teóricos façam parte dessa estratégia.

A Escola de Redução de Danos de Ponta Porã é fruto de uma luta de mais de uma década de profissionais da redução de danos que souberam driblar a imposição do pensamento proibicionista que marginaliza e isola o usuário. Uma luta local que é também uma luta universal neste momento em que tanto em Vancouver, Canadá, quanto em Salvador, Brasil, surgem iniciativas voltadas para a organização dos usuários de drogas ilícitas como meio de promover a saúde e os direitos hu-

manos. Uma luta sim, mas uma luta pelo trabalho, pelo compromisso e com um sentimento poético que nos une em qualquer parte do mundo. Mais que somente um objetivo, uma subjetividade transbordando de vontade de fazer o que fazemos. Redutores de Danos.

Boa leitura!

Paulo e Tathyanne

SUMÁRIO

1ª Parte

ESCOLA DE REDUÇÃO DE DANOS: HISTÓRICO, METODOLOGIA, PROCEDIMENTOS PEDAGÓGICOS, CONTEXTUALIZAÇÃO DO USUÁRIO DE DROGAS (PASTA E CRACK)

1.1 CAPSad “A Princesinha dos Ervais”: Um pouco de sua história	21
1.2 Os conteúdos e a metodologia de formação de redutores	30
1.3 Orientações e abordagem de RD em campo	35
1.4 A rede de apoio como condição para a abordagem dos redutores aos usuários de drogas	39
1.5 O lúdico e o alternativo na estratégia de RD.....	43
1.6 Pesquisas e estudos sobre o uso da pasta base na região, o perfil do usuário, as políticas de enfrentamento ao problema e a redução de danos como alternativa.....	52

2ª Parte

ALGUNS TEXTOS TEÓRICOS ESTUDADOS NA ESCOLA DE REDUÇÃO DE DANOS

2.1 Historicidade do uso de drogas	93
2.2 Os equívocos do proibicionismo e seus impactos negativos à sociedade	107
2.3 Produção histórica da política pública de Redução de Danos	133
2.4 A psicanálise de Olievenstein e a formação do toxicômano.....	145
2.5 O conceito de privação emocional em Winnicott e a estratégia de redução de danos	157
2.6 A Concepção Vigotskiana de pensamento e linguagem e a prática da Redução de Danos.....	175
Referências	195



1ª PARTE

ESCOLA DE REDUÇÃO DE DANOS:
histórico, metodologia,
procedimentos pedagógicos,
contextualização do usuário de
drogas (pasta e crack)

En la práctica, ya tuve varias experiencias con adictos desde la aproximación hasta la unidad de desintoxicación y puedo decir que ni un usuario es igual al otro, cada uno tiene su personalidad y comportamiento distinto. Para tener éxito en la recuperación del adicto se debe mirar al paciente en forma integral (familiares, amigos, sociedad, entorno, trabajo, etc.) y no solamente al adicto. Los profesionales deben de tener esa mirada siempre para poder trabajar en grupo, porque el trabajo en forma aislada sin comunicación con los miembros del equipo no tiene resultados.*

*ANIBAL NARA, Redutor de Danos da ERD Ponta Porã, 2012.

1.1 CAPSad “A Princesinha dos Ervais”: Um pouco de sua história

Em Ponta Porã, tanto no CAPSad quanto no trabalho de Redução de Danos na Rua, percebemos que 80% das pessoas usuárias de drogas não possuem um pai, alguns por abandono, outros por morte prematura, ou ainda por possuírem pai ausente que nega a existência da mãe e do filho, confirmando, dessa maneira, as ideias de Freud, que fala da incapacidade do pai de dar amor à mãe. Outros 20% dos pacientes que possuem um pai presente, no momento em que decidem pelo tratamento, apresentam um prognóstico favorável a sua cura, pois o pai vem junto durante a consulta e posteriormente ao tratamento para auxiliar a família no seu processo de cura.*

O Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPSad) do município de Ponta Porã, MS, iniciou suas atividades em 2002. No início, foi classificado como CAPS I e tinha na composição de sua equipe dois psicólogos, um médico clínico geral, uma auxiliar de enfermagem e um motorista. Contava, também, com uma pedagoga cedida pela Secretaria Estadual de Educação, e somente dois anos depois, a equipe teve um psiquiatra em sua rede de atendimento.

Ponta Porã iniciou sua colonização com a extração da erva-mate no século XIX. Por isso, nossa instituição é chamada de **CAPSad a Princesinha dos Ervais**. A cidade está localizada em uma região de fronteira com o Paraguai e possui uma população de 78.945.000 habitantes (IBGE, estimativa 2000). Um aspecto interessante da cidade é a divisa entre os dois países, onde de um lado fica o município brasileiro e do outro, a rua Pedro Juan Caballero, no Paraguai, com 95.544 habitantes

* CARLOS A. URIZAR E CLARA M. TSUCHIDA, Redutores de Danos da ERD de Ponta Porã.

(Censo Nacional), formando assim uma só cidade conhecida popularmente como cidades gêmeas. O município atende, também, o Assentamento Itamarati, que é um dos maiores do Brasil e fica cerca de 40 quilômetros do centro de Ponta Porã.

O município de Ponta Porã é referência de assistência em média e alta complexidades aos municípios de Antônio João (8.739.000 habitantes), Aral Moreira (9.678.000 hab.), Amambai (34.985.000 hab.), Coronel Sapucaia (14.566.000 hab.), Paranhos (11.555.000 hab.), Sete Quedas (10.959.000 hab.), Tacuru (9.559 hab.) e faz fronteira com Pedro Juan Caballero, Paraguai (95.544 hab.).

Possui 14 Unidades Básicas de Saúde. A rede de saúde mental é composta de um CAPSad e um ambulatório de psiquiatria, tendo o município de Campo Grande como referência para as internações psiquiátricas quando esta é necessária. O município conta também com 1 NASF, 1 Centro de Especialidades, 1 Hospital Regional, com um leito cadastrado para saúde mental, 1 SAE/CTA, 1 Centro Integrado de Saúde, 1 Hemonúcleo, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 1 Centro de Especialidades Odontológicas, 1 Laboratório e, em Pedro Juan Caballero, há o Hospital Regional, para internações emergenciais em saúde mental.

A rede de proteção social está composta de 1 CREAS e 2 CRAS, 2 casas de acolhida e 1 abrigo municipal. O município também conta com 1 conselho tutelar, 1 abrigo particular, 1 rede feminina de combate ao câncer, 1 conselho municipal sobre drogas, 1 grupo de ação e prevenção a pessoas vivendo e convivendo com HIV/AIDS, 1 fundação de cultura e esporte.

Por causa da fragilidade da fronteira seca que gera facilidades na aquisição de drogas em decorrência de seu baixo custo, existe um significativo número de usuários de *crack* e pasta base. Um problema também muito recorrente são as doenças sexualmente transmissíveis.

Inicialmente foi instalado um CAPS I (para crianças e adolescentes), que depois foi transformado em CAPSad. Este passou a atender as pessoas que viviam e vivem no mundo das drogas, tanto ilícitas quanto lícitas, paraguaios e brasileiros, em situação de rua ou não, mas, de

forma mais intensa, os mais carentes. O serviço é aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde e um lugar de referência para as pessoas com o objetivo de realizar o acompanhamento clínico, reinserção social e acesso ao trabalho, cultura, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Atualmente, a unidade conta com uma equipe composta de um médico psiquiatra, um clínico geral, dois psicólogos, um terapeuta ocupacional, uma enfermeira, um assistente social, um professor de educação física, dois pedagogos, um auxiliar de enfermagem, dois auxiliares administrativos, uma copeira, uma artesã, dois vigias, um fatu-rista, um motorista e um auxiliar de serviços diversos.

Alguns profissionais, que estão no CAPSad até hoje, tiveram uma experiência paralela em projetos de redução de danos de organizações não governamentais do Estado. Isso favoreceu o CAPSad a desenvolver seu trabalho terapêutico na abordagem de redução de danos desde o início. Atualmente, esse trabalho de RD em campo continua e conta com o apoio de alguns membros do CAPSad e da Cruz Vermelha do Paraguai. Os trabalhos se desenvolveram de forma sincrônica permanecendo até os dias de hoje como uma atividade internacional. Vários campos são visitados semanalmente, principalmente na “linha”, avenida que separa os dois países, desde o centro da cidade até a periferia. Muitos usuários que são atendidos atualmente no CAPSad foram abordados inicialmente nesse trabalho de RD em campo.

Segundo Carlos Alberto Urizar, psicólogo e profissional que iniciou com outros profissionais a RD em Ponta Porã, os trabalhos de redução de danos tiveram início em 2002, com os seguintes profissionais: um psicólogo, um enfermeiro, dois redutores e um motorista. Nesse mesmo ano, o presidente da Secretaria Nacional de Políticas Públicas de Drogas (SENAD), general Uchoa, esteve presente na sala de convenções do hotel Barcelona dando início oficial ao trabalho de redução de danos na fronteira. Na ocasião, estiveram presentes autoridades do Brasil e Paraguai, e a sala de convenções ficou lotada com a presença da população em geral.

A partir daí foi criada uma equipe de redutores de danos para trabalhar com usuários de drogas injetáveis (UDIs) e usuários de drogas em geral. Os profissionais do sexo e outras populações também eram abordados, além dos usuários de drogas. Desde então, foram realizadas ações de RD de forma ininterrupta até a presente data. Ressalta-se que desde a fundação do CAPS, em 2002, a instituição tem oferecido cursos de redução de danos para agentes comunitários e profissionais da saúde, sendo, até hoje, parceiros dessa estratégia.

Foram detectados na primeira testagem de sangue realizada em 2002, com as profissionais do sexo feminino, 70% de VDRL positivo, e, em um ano, esse porcentual caiu para 10% a menos e, em mais um ano, não houve mais casos.

Em 2009, em parceria com a assistência social, a redução de danos adquiriu um posto na linha internacional na região denominada de “cra-colândia”, onde ficou até 2011. A equipe era composta de um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um enfermeiro, um redutor de danos e um professor de educação física que realizavam ações de redução de danos em toda a região fronteira, abrangendo os profissionais do sexo masculino e feminino nas ruas e boates de ambos os países. Um dos redutores de danos que iniciou os trabalhos na fronteira do lado paraguaio e que, atualmente, trabalha conosco no Consultório de Rua é representante da Organização das Nações Unidas (ONU) na fronteira. Isso significa que o trabalho é reconhecido nacional e internacionalmente.

Outro fato que fortaleceu as ações de RD na cidade foi o Consultório de Rua, iniciado em 2010. A equipe do CAPS, que já realizava essas ações na rua, escreveu o projeto Consultório de Rua na Fronteira, sendo contemplado com o recurso de R\$ 150.000,00. No dia 16 de maio de 2011, realizou-se a primeira reunião e apresentação da equipe do Consultório de Rua na Fronteira. Foi traçado um plano de trabalho, mapeamento dos locais de atuação da equipe, elaboração de um questionário para aplicação aos usuários de *crack* e outras drogas, incluindo aos profissionais do sexo masculino e feminino e travestis e uma breve

explicação sobre redução de danos à equipe. A reunião foi realizada na praça Lício Borralho, onde ficam os usuários e a equipe do CAPSad, que já trabalhava anteriormente. Nesse primeiro dia, contamos com a presença de estagiários de assistência social e de psicologia da Universidade do Paraguai (UNINORTE).

O Consultório de Rua funcionou de segunda-feira a sexta-feira, das 18 h às 22 h, na linha de fronteira, “bocas de fumo” e “prostíbulos” nos bairros e ruas do Brasil e Paraguai.

A equipe formada foi composta de dois psicólogos (um contratado pelo projeto e o outro do CAPSad), um médico psiquiatra contratado pelo projeto, uma enfermeira, um assistente social e uma terapeuta ocupacional contratados do CAPSad, duas educadoras sociais, dois redutores de danos e um motorista contratados pelo projeto, um professor de educação física do CAPSad e um professor oficinairo de caratê contratado pelo projeto.

As ações desenvolvidas nas ruas entre os profissionais redutores de danos e os usuários foram realizadas de diversas maneiras. Os atendimentos aconteceram de forma individual, principalmente em oficinas de lazer, esportivas, musicais, entre outras. Também realizamos atendimento às famílias; visitas domiciliares; campanha de vacinação em parceria com o Centro Integrado de Saúde (CIS), Serviço Ambulatorial Especializado (SAE), laboratório de fronteira e distribuição de preservativos. Eram sistematicamente visitados os campos na rua, as boates do Brasil e Paraguai e realizadas intervenções nas comunidades por meio de palestras sobre redução de danos realizadas nas escolas, igrejas, associações de moradores dos bairros, presídios, empresas particulares e comércio.

Diversas pessoas atendidas foram encaminhadas para Programas de Saúde da Família, CAPSad, SAE, CIS, Centro de Especialidades Médicas, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CRE-AS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), abrigo municipal e hospital regional do Brasil e Paraguai. Contamos, também, com

parceria, além desses órgãos, do laboratório de fronteira, Conselho Tutelar, Corpo de Bombeiros e equipe de redução de danos do Paraguai.

Foram confeccionadas 10.000 cartilhas educativas sobre a redução de danos para distribuição entre os usuários de drogas e 10.000 panfletos explicativos sobre o Consultório de Rua e a redução de danos. A equipe recebeu uniforme para o trabalho de rua e todas as terças-feiras se reunia no CAPSad para estudo, planejamento de ações da semana e discussões de casos.

Os usuários de *crack* e pasta eram atendidos nas ruas, em uma ampla região onde existe a “cracolândia”, que se estende desde o Shopping China até a saída de Antônio João, abrangendo brasileiros e paraguaios. O *crack* e a pasta base são as drogas mais perniciosas e usadas nessa região seguidos da maconha, cocaína e haxixe. Foram visitadas semanalmente vinte boates brasileiras e 15 paraguaias durante todo o tempo do projeto, que durou um ano, além de bares e “bocas de fumo” localizadas nos bairros mapeados e pontos de prostituição nas ruas. Um veículo foi reformado com a denominação “Consultório de Rua” e percorria pelos dois países com livre acesso, pois para as drogas não existe fronteira.

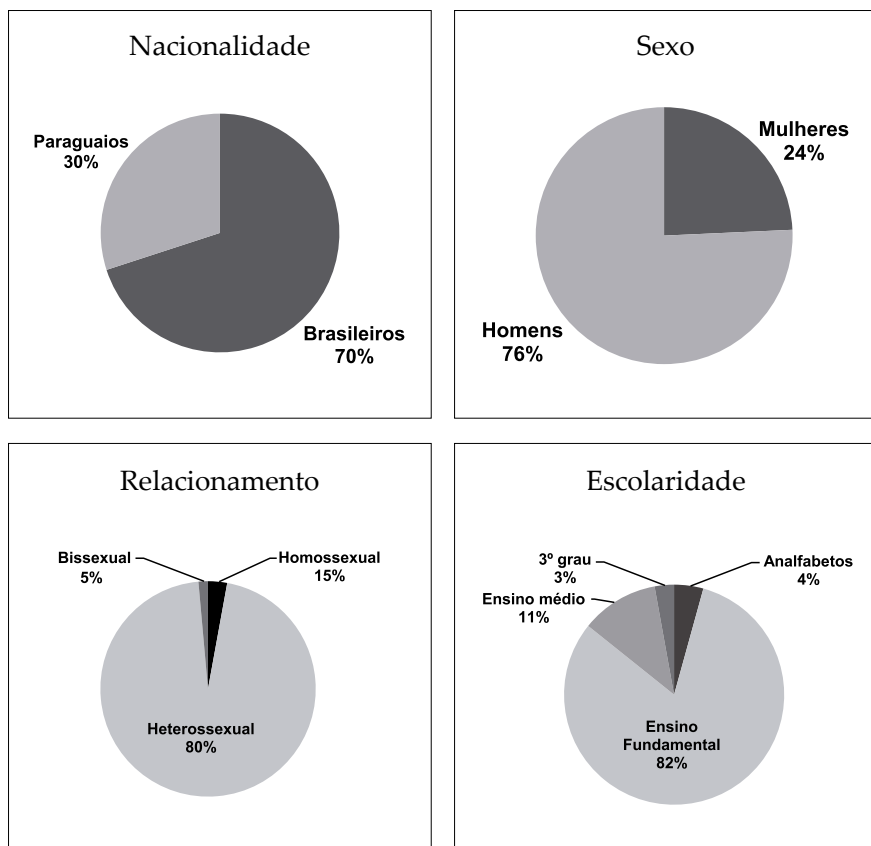
Como se pôde perceber, o trabalho com a vinda do “Consultório de Rua” ampliou o acesso, criação de vínculo e facilitou o atendimento àqueles que, por algum motivo, não querem ou não conseguem deixar de fazer o uso de drogas. O maior objetivo foi e ainda é o de proporcionar maior qualidade de vida, acesso aos atendimentos em saúde e sociais e respeito ao ser humano.

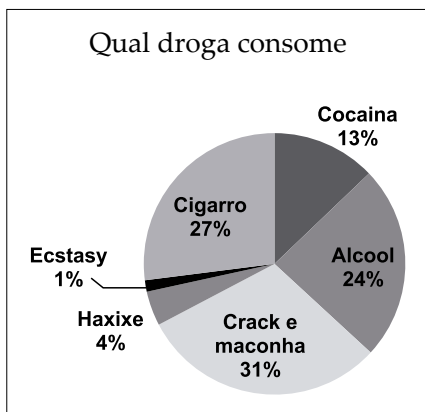
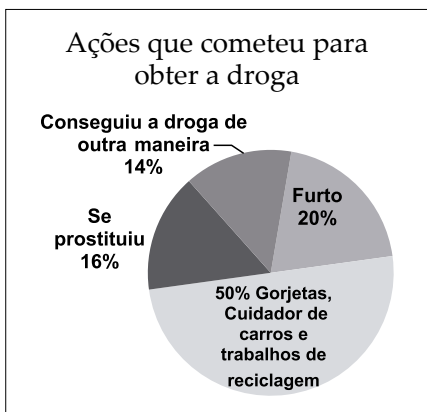
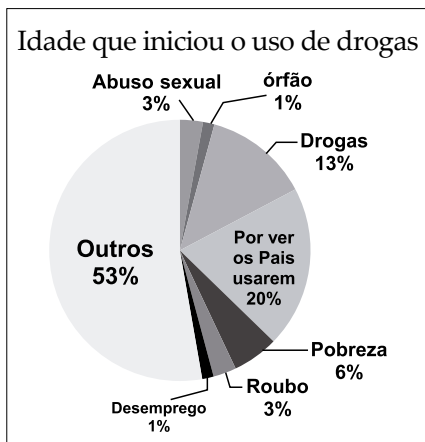
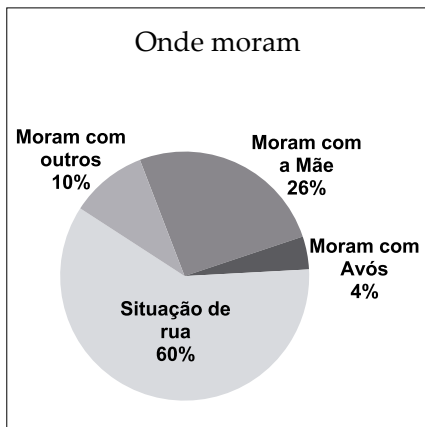
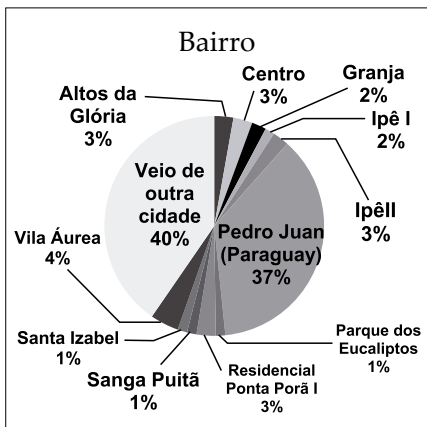
Em julho de 2012, o relatório final do Consultório de Rua foi enviado ao Ministério da Saúde junto com o ofício solicitando a habilitação do Consultório “de” Rua para Consultório “na” Rua, ampliando o foco do trabalho. Trata-se de uma equipe itinerante da saúde que atende a população integral em situação de rua. Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua *in loco*. As atividades são realizadas de forma itinerante e quando necessário

utilizam as instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território, desenvolvendo ações em parceria com as equipes delas.

Os trabalhos estão cada vez mais sendo ampliados, e agora, com o Consultório na Rua, a possibilidade de melhorias no atendimento aumenta, pois a equipe, além de realizar um trabalho seguindo as estratégias da redução de danos, atua, também, com a atenção básica. Isto fortalece os serviços em saúde das pessoas em situação de rua.

Apresentamos a seguir alguns gráficos que fazem parte do relatório do Projeto Consultório de Rua, enviado para o Ministério da Saúde e que contribuem para a compreensão sobre a abrangência e a atuação das ações de RD do CAPSad em geral, na cidade de Ponta Porã.





Essa tradição de redução de danos em serviço e em campo levou os coordenadores do CAPSad Princesinha dos Ervais a elaborar um projeto e concorrer ao edital do Ministério da Saúde para implantação da Escola de Redução de Danos de Ponta Porã. O Projeto teve efetivo apoio da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura e iniciou o primeiro módulo de formação em junho de 2012. O objetivo geral da Escola de Redução de Danos é fortalecer o trabalho de um grupo multidisciplinar e de variadas instituições da rede de apoio, para que a sociedade ponta-poranense desenvolva uma estratégia humanizada de atendimento e orientação a usuários de drogas (notadamente *crack* e pasta base) e, ao mesmo tempo, realize e dissemine essa abordagem. Preparar o usuário para utilizar a rede e preparar a rede para atender bem o usuário.

Entre os muitos interessados foram convidadas 28 pessoas para realizar o curso e tornarem-se redutores de danos. Dentre estes, 18 receberam bolsa mensal para se dedicarem mais aos trabalhos que são mensurados na carga horária das atividades previstas, mas são realizados também fora desses horários nas suas variadas instituições de origem.

Foram realizados nove módulos de formação de redutores, contabilizando um total de 120 horas de aulas presenciais, 16 horas de atividades de estudo, escrevendo trabalhos sobre os textos estudados, e 34 horas de atividade orientada de abordagem de campo e encaminhamento para a rede, tudo relatado e controlado. No princípio, surgiram algumas dúvidas com relação à filosofia da redução de danos, mas, com o decorrer das aulas, percebemos uma unidade na defesa dos direitos dos usuários e da abordagem humanizada do atendimento.

1.2 Os conteúdos e a metodologia de formação de redutores

Ponta Porã, MS, faz fronteira seca com o Paraguai e retrata perfeitamente a teoria que enfatiza os lucros exorbitantes que os investidores de drogas conseguem, pelo grande montante que vendem, o fácil acesso a elas e o preço acessível ao consumidor. Por esses motivos, está cada vez mais difícil combater o uso abusivo de drogas, que acaba com a dignidade de tantos indivíduos e até mesmo de suas famílias.*

Quando se planeja um curso de formação de pessoal para um trabalho como esse é comum a existência de uma polarização. De um lado, uma formação teórica com estudos de textos complexos, objetivando a apropriação de um conhecimento eminentemente científico, com um viés mais acadêmico. Por outro lado, também é muito comum, principalmente na redução de danos, uma concepção de curso prático realizado por meio de dinâmicas, proporcionando a construção do conhecimento coletivamente pelos próprios redutores, sem a necessidade de estudos teóricos.

A base metodológica da formação de redutores da ERD de Ponta Porã não segue somente para um lado ou para o outro, pois procura costurar esses dois procedimentos de forma dialética. A alternância entre aulas expositivas sobre densos textos teóricos com dinâmicas voltadas para a reflexão sobre a filosofia e a prática de RD consistiu um relevante instrumento de formação para os redutores. Os textos eram trabalhados sempre depois de uma dinâmica sobre a prática da RD e ao final uma nova dinâmica socializava as apropriações que cada um tinha sobre os textos.

Os redutores foram orientados a ler o texto e marcar as principais ideias dos autores, que eram enumeradas e explicadas com suas

*CREMILDE ALVES MAGALHÃES, Redutora de Danos da ERD de Ponta Porã, 2012.

próprias palavras em trabalho entregue ao professor, valendo carga horária de quatro horas por texto. Como os textos comportavam certa dificuldade de leitura por se tratar de ideias de autores clássicos sobre uso de drogas, cada artigo era anteriormente objeto de uma aula aberta e expositiva que explicava minuciosamente as ideias dos autores na oralidade antes que os redutores lessem os textos. Muitos cursistas gostaram da experiência de estudar textos mais teóricos sobre o assunto e escreveram ricos trabalhos sobre seus estudos, conforme orientação dos ministrantes. Outros tiveram dificuldade e os trabalhos não ficaram tão bem-apresentados e alguns nem os entregaram, perdendo a carga horária referente à entrega de cada trabalho.

O primeiro conteúdo trabalhado, proposto pelo Ministério da Saúde, foi: “Aspectos históricos, políticos e econômicos do uso de drogas; estratégias e políticas públicas de RD”. O texto da segunda parte deste livro: “Historicidade do uso de drogas e o nascimento da RD” foi usado como fonte de estudo para esse conteúdo antecedido e sucedido por dinâmicas planejadas para facilitar a apropriação desse conhecimento pelos redutores. Posteriormente, o grupo voltou a debater o tema e escreveu um trabalho sobre cada parte do texto.

Outro conteúdo trabalhado foi “Aspectos socioculturais e familiares constituintes do processo de subjetivação”. Para trabalhar essa questão foram realizadas dinâmicas de grupo para uma reflexão inicial com o que o grupo já dominava sobre o assunto e depois foram trabalhados em módulos diferentes os textos que seguem na segunda parte do livro sobre Olieveinstein e Winnicott. Ambos os artigos têm seus pressupostos ancorados na psicanálise e apresentam reflexões importantes sobre a constituição da subjetividade em relação à destrutividade. Os textos foram de grande importância para que o grupo constituísse um fundamento comum para defesa de suas posições sobre os direitos dos usuários de drogas e, principalmente, sobre os motivos e a origem do uso compulsivo de drogas. Não houve a intenção de esgotar o tema, mas de proporcionar uma reflexão teoricamente fundamentada e acessível.

Outros temas trabalhados, oriundos da grade proposta pelo Ministério da Saúde, foram: discutindo sobre drogas; o que significa redução de danos; aspectos sócio-históricos da redução de danos; redução de danos como tecnologia de saúde; a missão das escolas de RD; a quem se destina a RD; atuação no território. Em geral, esses temas foram objeto de dinâmicas coletivas que proporcionavam a interação do grupo conforme iam apresentando suas ideias e construindo um entendimento comum sobre cada aspecto dos conteúdos. Foram utilizados dramas pedagógicos, dinâmicas e variadas formas de estimular a participação dos redutores, protagonizando o desenvolvimento do seu próprio conhecimento e da identidade do grupo.

Outros conteúdos propostos pelo referido Ministério foram trabalhados por vários ministrantes de forma não contínua durante os nove módulos de aulas presenciais. Dentre eles, destacamos: mitos, preconceitos e medos no contexto do atendimento aos usuários de drogas; drogas - abordagem conceitual, padrões de consumo e critérios de funcionalidade; modelos de intervenção; violência e marginalidade; uso de drogas no trabalho; e geração de renda e uso de drogas; organização, acolhimento; projeto terapêutico; gestão coletiva, técnico de referência, apoio matricial. Os temas eram apresentados e o grupo era dividido para pensar, estudar e registrar cada um, apresentando-os posteriormente para todo o grupo, utilizando variadas linguagens.

Os conteúdos Lei sobre Drogas (PT 1.059/2005); Política Nacional sobre Drogas (SENAD/MJ); Política de Direitos Humanos; Política sobre População em Situação de Rua; Sistema Único de Assistência Social (SUAS); a relação da Justiça e do Ministério Público com o cotidiano da RD não foi bem-trabalhada porque a ministrante convidada adoeceu e não pode vir a Ponta Porã. Procuramos levantar algum material e trabalhar sobre o tema, mas não com tantos fundamentos e propriedade que teria um ministrante que dominasse amplamente essas questões.

Alguns profissionais da própria cidade ministraram conteúdos relacionados à saúde, facilitando o estudo desses conteúdos durante

os módulos, tais como: disponibilização de insumos; substituição; local de uso seguro; manejo de uso; uso seguro; DSTs/HIV/AIDS/HV/TBs; outras comorbidades clínicas (sistema digestivo, circulatório, afecções, infestações generalizadas, sistema respiratório,...); neuropatias; comorbidades psiquiátricas. Vários profissionais do próprio CAPSad têm larga experiência também com DST/AIDS; ações de RD em serviços da rede SUS (CAPS, DST/AIDS, Unidades Básicas de Saúde, Programa Saúde da Família - PSF), emergência; emergência psiquiátrica, clínica médica, pediatria, hospitais gerais e demais serviços de saúde pertinentes à cidade.

Outros temas foram trabalhados durante o processo de orientação e acompanhamento para atividades de RD em campo, tais como: protagonismo; Quem é o usuário? Onde está? Onde, como e com quem ele usa drogas? abordagem, aproximação, vinculação, escuta e construção do sentido; negociação, mediação de conflitos; espaço geográfico; viver na rua; exclusão e reinserção; acesso ao campo (território); família; crianças e adolescentes; população em situação de rua; institucionalizados; penitenciárias.

Na previsão inicial do projeto, a proposta de conteúdos do Edital do Ministério da Saúde foi o motivo da escolha de vários ministrantes conforme o conhecimento que estes tinham sobre os conteúdos propostos. No decorrer dos trabalhos, houve um afrouxamento desse critério porque simplesmente não localizamos, no Estado, ministrantes que dessem conta de todos os conteúdos propostos. A existência ou não de ministrantes que dominassem cada conteúdo definiu paulatinamente o corpo docente, alguns mais focados em conhecimentos específicos e outros mais gerais que trabalharam a identidade do grupo, a construção de um compromisso comum e um plano de trabalho elaborado e exequível.

Os conteúdos estudados, teóricos ou práticos, foram construindo uma identidade de grupo. Já no 5º módulo, os comentários preconceituosos deixaram de acontecer dando lugar a manifestações fundamentadas e consolidadas na abordagem da redução de danos. Ao final,

observamos como a maioria dos redutores mudou radicalmente a posição que tinham no início. Passaram a protagonizar cotidianamente a defesa dos direitos dos usuários de drogas e a se posicionarem contra as posturas defensoras do proibicionismo e do isolamento como forma privilegiada de tratamento. Os módulos de formação da ERD, como um instrumento institucional, preparam profissionais para a defesa de uma posição definida de atendimento a usuários de drogas. Portanto, a estratégia de RD objetiva uma mudança em toda a rede de instituições envolvidas com a questão e o encaminhamento de usuários para a vinculação com a família, a comunidade e a sociedade.

1.3 Orientações e abordagem de RD em campo

Os usuários em situação de rua geralmente são abandonados pela família, pois ela já não acredita que eles possam se recuperar ou se livrar das drogas. Nesse momento do abandono, deixa-os longe do vínculo familiar, fazendo com que eles realmente se sintam como o “idiota da família” ou “a ovelha negra”, afundando-se cada vez mais nas drogas e se isolando da sociedade e do convívio com outras pessoas. Eles perdem toda a perspectiva de vida comunitária, até o momento em que outras pessoas o tratam como um ser humano e acreditem na sua inserção na sociedade.*

O que é abordagem de campo em redução de danos? Podemos dizer simplificadaamente que é quando redutores de danos realizam uma visita planejada em determinadas cenas de uso de drogas com objetivos de conhecer a realidade, criar vínculos com os usuários e posteriormente proceder a encaminhamentos para a rede de apoio. Existe um mito de que as cenas de uso são perigosas, mas isso depende da capacidade e da formação do redutor para que realize a abordagem de forma correta e com o sentimento correto, que no final tudo dá certo. A realidade de Ponta Porã contribuiu muito na qualidade dessa orientação porque um significativo número de redutores, formandos do curso, já tinha experiência de abordagem de RD em campo. Mesmo assim, foi desenvolvido um longo trabalho de reflexão e orientação para esse trabalho.

Os primeiros trabalhos diretamente relacionados à abordagem de campo foram estudos prévios sobre o perfil dos usuários, condições de vida, relações familiares, drogas que usam, abordagem de RD, criação de vínculo, segurança e ética no trabalho de campo e outros. Essas reflexões foram realizadas mediante dinâmicas participativas de grupo ou estudos de textos teóricos, ainda nos primeiros módulos. Em seguida, a partir do 4º Módulo, fizemos um trabalho de simulação de campo utilizando técnicas de drama pedagógico e dinâmicas.

*ELIZABETH FERNANDES ISHY, Redutora de Danos da ERD, 2012.

Os redutores dividiam-se em grupos menores e eram orientados a criar um campo fictício, mas com o máximo de fidelidade à real situação. O local de uso, os personagens usuários, as características de cada usuário e as dificuldades de abordagem foram apresentados em dinâmicas anteriores. Então, cada grupo iniciava a simulação do trabalho de campo procurando utilizar as orientações e os estudos já realizados. Depois de alguns minutos de simulação, os redutores de outros grupos eram convidados a trocarem com determinados personagens da cena, podendo assim representá-la de maneira mais fiel à realidade. Em determinadas situações, os orientadores congelavam a cena para realizarem considerações e análises sobre as formas de abordagem, gerando debates e polêmicas extremamente ricas do ponto de vista pedagógico para a apropriação intelectual e emocional dessa prática pelo grupo.

Muitas outras formas de simulação, dinâmicas e estudo sobre a abordagem de RD em campo foram desenvolvidas antes que o grupo fosse para campo efetivamente. Outras orientações importantes foram relacionadas ao mapeamento e compreensão espacial da estratégia de RD.

O que pode caracterizar um campo para abordagem de RD? A resposta é a presença de usuários de drogas, principalmente de pasta e *crack*, em maior número, em condições para uma abordagem segura e que necessitem do serviço. Foram levantadas dezenas de locais nas cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero onde os redutores afirmaram existir essas condições. Depois foi realizado um debate para que se tentasse fazer um escalonamento sobre quais campos seriam mais importantes para o trabalho e por quê?

A escolha dos campos e a estratégia de abordagem de cada um dependem também dos recursos da equipe de redutores de danos. Como estes têm outras atividades nas suas instituições de origem, o tempo para a abordagem de campo é pouco, sendo preciso traçar uma estratégia para atender o máximo de campos, mas sem comprometer a qualidade do trabalho em cada um. Alguns campos precisam ser visitados

várias vezes por semana, outros, duas vezes e alguns, somente uma vez, para que todos os usuários sejam abordados com qualidade, com tempo para os encaminhamentos pertinentes à família e às instituições da rede.

Outra questão estudada com o objetivo de preparar diretamente os redutores para a abordagem de campo foram os instrumentos de registro. Diversas dinâmicas e orientações conduziram o grupo à elaboração de diferentes instrumentos de registro até que se elaborasse um de consenso para o início do trabalho de campo. Mesmo durante as atividades, os registros foram se transformando e se aprimorando para colher informações mais relevantes e de forma mais simples. Um aspecto importante foi a orientação de uma das principais ministrantes que orientou os redutores desde o primeiro módulo a escolher um voluntário a cada período de curso para registrar e relatar tudo o que ocorria no módulo. Isso fez com que todos desenvolvessem na prática sua capacidade de registro escrito, favorecendo a qualidade dos relatos nos cadernos de campo.

Como a carga horária prevista no projeto para a atividade de campo era de 60 horas, foi necessário iniciar um trabalho paralelo aos módulos de formação com horários alternativos para que todos pudessem passar por essa etapa da formação. A partir do 4º Módulo, os redutores iniciaram primeiramente uma atividade de reconhecimento e registro em campo, com apresentação e debate posterior sobre as observações e experiências, nos módulos seguintes. As atividades de campo foram orientadas por profissionais do CAPSad que tinham mais experiência com RD. Foram então divididos vários grupos que semanalmente faziam os trabalhos de campo planejados para cumprir a carga horária prevista e garantir uma experiência substantiva aos novos redutores em formação.

Nos relatos das experiências de campo, observamos a riqueza e a emoção dos novos redutores em contato com os usuários. A constatação de que eles são bastante receptivos e criam em pouco tempo um vínculo com os redutores contraria o senso comum exagerado pela

mídia que apresenta os usuários de pasta e *crack* como seres não socializados e perigosos. O espanto pela constatação é que é muito mais a sociedade que se afasta deles do que eles se afastam da sociedade. A orientação para o trabalho de campo era para que com o vínculo constituído fosse possível colaborar com os usuários para seu encaminhamento para demandas pessoais de relações familiares, saúde, assistência social, educação, trabalho, cultura, esporte, lazer e muitas outras. O redutor vai além da orientação pontual para o controle sobre o uso e encaminhamento para o CAPSad. Dialoga com os usuários e encontra com eles problemas pessoais que necessitam de apoio para serem solucionados, o que acontece, em geral, em outro momento quando o usuário não está sob o efeito da droga.

1.4 A rede de apoio como condição para a abordagem dos redutores aos usuários de drogas

Os usuários de álcool e drogas, muitas vezes, não são culpados pelo uso da substância. A sociedade e a família são responsáveis pela sua formação desde a infância e são a base da sua formação para o futuro. Tenho várias experiências, ao longo do tempo em que trabalho no CAPS, convivendo com dependentes que usavam drogas e álcool e que mudaram totalmente sua personalidade e comportamento a partir de novas e saudáveis relações.*

Desde o Renascimento, muitas instituições foram criadas com a finalidade de confinar determinados públicos como os loucos, os infratores e mais recentemente os usuários de drogas. Essas instituições mantêm um modelo de gestão e atendimento centrado na própria instituição, inibindo as relações com a comunidade e a sociedade em geral (GOFFMAN, 2000; FOUCAULT, 1977; MENDES, 1992). Esse modelo é chamado de instituição total, quando as relações vividas pelos internos ficam restritas a uma única instituição. A filosofia desse modelo contagiou mesmo as instituições abertas que, muitas vezes, atuam como se estivessem solitárias no atendimento ao usuário de drogas. Mesmo parecendo contraditória, essa perspectiva pode influenciar até mesmo programas de RD, na medida em que a equipe de RD centra toda sua estratégia de trabalho em uma única instituição, como o CAPSad.

Como preconiza o Ministério da Saúde, toda a ação, desde o CAPSad até a equipe de RD, deve atuar tendo uma rede de instituições de apoio para encaminhamento e divisão dos vínculos sociais com os usuários. Se o vínculo do redutor com o usuário é importante, talvez seja ainda mais importante que esse usuário se vincule a determinado trabalho, a sua família, à escola, a cursos de arte, a um esporte e assim por diante.

*IRONDINA DORNELLES, Redutora de Danos da ERD Ponta Porã, 2012.

Somente por meio da rede de apoio externo é que a redução de danos pode exercer plenamente o seu caráter de orientação em saúde. Os redutores, por melhor que sejam as suas formações, não darão conta de suprir a ampla demanda familiar, comunitária e social dos usuários. A rede tem significativa relevância também depois das abordagens iniciais, quando o usuário aceita fazer um tratamento. Se as atividades relacionadas à família, à saúde, à educação escolar, ao trabalho, à cultura, ao esporte e à assistência social forem interrompidas, essa quebra de vínculo repercute na autoestima, na capacidade de autocontrole sobre o uso e na organização de sua vida em geral. Para que o usuário possa ser educado é imprescindível que uma gama de instituições (formais ou informais) atue conjuntamente, proporcionando, sob a coordenação da equipe de RD e do CAPSad, os encaminhamentos e acompanhamentos necessários.

A atuação dos redutores é imprescindível na articulação dessa rede externa. Identificar instituições parceiras, contatar essas instituições, organizar as agendas de trabalho, priorizar atividades de atendimento e proporcionar momentos para reflexão conjunta dos atores da rede são algumas atividades fundamentais para a organização da rede. Sem a ação anterior dos redutores organizando as relações dos usuários com a rede, a redução de danos fica comprometida.

É importante que a equipe de RD levante informações que identifiquem as principais demandas de atendimento para os usuários. A rede não é uma formação social pronta, mas construída coletivamente para atender as necessidades dos usuários. Informações sobre os usuários e suas demandas socioeducativas devem atingir o mais amplo segmento social possível, para firmar as parcerias que atenderão as demandas deles.

Uma rede não é apenas um conjunto fragmentado de atividades proporcionado por organizações e instituições externas. A rede pressupõe que os apoiadores externos se reconheçam entre si e que tenham critérios comuns relacionados à atuação comum, e os redutores são os

responsáveis pelo desenvolvimento dessa unidade de atuação e consciência comum do trabalho. Para a formação da rede, os redutores promovem reuniões e atividades comuns entre membros dela, fortalecendo uma visão comum da atividade de RD.

A rede não tem a função apenas de proporcionar atividades complementares para o desenvolvimento dos usuários, mas também o de difundir socialmente, por meio da sua diversa formação, uma cultura de RD que inibe o preconceito comum nas mídias e senso comum. A rede deve difundir de diferentes formas e em diferentes espaços sociais o respeito ao usuário, a não vinculação de ideias preconceituosas e discriminadoras e, principalmente, um espírito de solidariedade que fortaleça a entrada de novas instituições na rede. A rede garante a retaguarda necessária para a sociabilização do usuário, constituindo-se como uma ferramenta pública, agindo no tecido social e, ao mesmo tempo, uma ação social de amplos setores agindo diretamente com os usuários de drogas.

Além das atividades direcionadas diretamente aos usuários, a rede deve proporcionar atividades voltadas para a formação, tanto dos redutores quanto da comunidade em geral. Cabe à rede ainda a produção de discussões, encontros, seminários e a divulgação de informações na mídia para esclarecimento público sobre a abordagem de redução de danos com os usuários de drogas.

Não existe uma fórmula pronta para se construir uma rede. As ações nesse sentido podem ser iniciadas e aprimoradas por diferentes instituições sociais, mas os redutores de danos são imprescindíveis a esse processo. Durante os módulos de formação, os redutores foram orientados a fazer um mapeamento da rede com o preenchimento de uma ficha de adesão com contatos e disponibilidade de serviço para que esteja acessível aos redutores durante seu trabalho de campo.

Como explicamos desde a introdução do livro, a rede é parte fundamental na nossa estratégia de RD em Ponta Porã. Como já existia

uma rede de apoio nos trabalhos de RD realizados historicamente pelo CAPSad, trata-se depois do curso de reforçar esses laços, ampliar a rede a melhorar a comunicação e a formação dos atores dela, para que estejam mais próximos das atividades de RD.

No trabalho com usuários, realizado no campo, houve a vinculação, aproximação dele com a equipe e a rede social. Houve o retorno deles em algum momento à realidade por meio de jogos, fotos, músicas e festas comemorativas. O usuário criou vínculos com a equipe de trabalho e pôde se sentir mais acolhido, confiante, pois ela estava lá para ajudá-lo. Durante as abstinências, as experiências vão se acumulando, dor, culpa e o prazer. Ele vai se desacreditando. Ele para, mas continua sofrendo. Vai viver a vida, mas não vai ter o mesmo prazer que tinha com a droga e nunca será como nós, à imagem do terapeuta.*

*ALEXANDRA ROSETO, Redutora de Danos da ERD Ponta Porã, 2012.

1.5 O lúdico e o alternativo na estratégia de RD

Partindo da ideia do comércio de drogas, eu, como morador de fronteira, percebo que o mal (mortes, sequestros e outros) não é determinado pelo uso de drogas, mas, sim, pela sua comercialização. Aqui em Ponta Porã, famílias foram dizimadas e não eram de usuários, mas comerciantes desse ramo. Creio que com esse exemplo consigo demonstrar claramente o mercantilismo como o principal causador do problema homem/drogas.*

Teatro

Existem muitas teorias para se trabalhar com usuários de drogas no serviço de redução de danos, porém o teatro, com roteiros inspirados nos contos de fada, mitologia grega, hindu, egípcia e até textos hebraicos, chineses e lendas indígenas, pode exercer grande influência na psique tanto dos usuários de drogas e álcool quanto em qualquer criança ou adulto.

Por sermos da primeira Escola de Redutores de Danos de Mato Grosso do Sul, daremos a seguir um breve comentário sobre a história de Ponta Porã. “Porã” no idioma dos índios guarani significa bonito, bonita. Em novembro de 2012, estaremos promovendo o Terceiro Festival de Teatro, Dança e Poesia da Fronteira, aberto a grupos da comunidade e também o Primeiro Festival de Teatro, Poesia e Dança para Usuários de Drogas e Álcool, com pacientes do CAPSad, funcionários e clientes do serviço de redução de danos na rua. Os dois festivais serão realizados no Centro de Convenção de Ponta Porã e a premiação será em dinheiro. Por estarmos falando de teatro, estamos mostrando a história de Ponta Porã como se fosse um roteiro de peça teatral, com ênfase nos poetas e suas poesias da fronteira, tanto brasileiros quanto paraguaios e também gaúchos, que colonizaram Ponta Porã.

*MARCOS AURÉLIO F. ALMADA, Redutor de Danos da ERD, Ponta Porã, 2012.

Escolhemos contar a história de Ponta Porã, principalmente por meio de poemas como uma sugestão de peça teatral, porém, damos ênfase aos roteiros baseados nos contos de fada, mitologia e lendas indígenas.

O serviço de Redução de Danos na Fronteira é feito em todos os bairros, porém o destaque maior é ao trabalho na Fronteira, um local chamado de terra de ninguém, que também é conhecido como “cra-colândia”, e é nesse lugar que existe a maior concentração de usuários. É ali que podemos ver o lado sombrio de nossa cidade. Crianças, jovens e adultos usando drogas e vivendo nas ruas. Índios da tribo guarani, do Brasil e do Paraguai, sem honra e dignidade, usando drogas e bebidas alcoólicas, e as índias se prostituindo. A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) de Ponta Porã faz um bom trabalho com os índios, porém o problema está naqueles do lado paraguaio. Para resgatar a dignidade da tribo guarani, que no passado era uma grande e poderosa nação de guerreiros valentes, e que agora pedem esmola, devemos elaborar um Projeto de Redução de Danos diferenciado para eles, tentando dessa forma resgatar a dignidade, o autorrespeito e a nobreza de caráter dessa nobre tribo. O teatro com temas indígenas pode ser uma forma de libertação dos índios guaranis.

Quando criança, fui com a minha mãe a uma missa católica, em uma igreja construída na “terra de ninguém”. Eu percebi que as pessoas estavam tristes, e perguntei a minha mãe o que estava acontecendo. Ela disse que aquela seria a última missa, naquela igreja, já que ela seria demolida, pois não era permitida nenhuma construção naquele local. Hoje em dia, dezenas de barracos existem nesse local, para vendas de bebidas alcoólicas, e a droga circula livremente nesse ambiente. Parece uma imensa favela, bem no centro da cidade, e as pessoas consomem drogas e bebidas alcoólicas, dormindo no chão sem dignidade alguma.

Discursos ou palavras vazias não chamam atenção dos usuários que por ali circulam, porém o grupo de redutores de danos da fronteira, que trabalham nesse local desde 2002, conquistou o respeito e

amizade dessas pessoas que vagam pelas ruas, mas que ao perceberem a presença da equipe, voltam a sorrir e retomam pelo menos por instantes sua humanidade. Os redutores de danos na fronteira sabem o nome e detalhes de vida de cada um desses moradores de rua, e por meio das práticas do teatro, medicina oriental principalmente, *tai chi chuan* e caratê procuramos conviver com essas pessoas, ajudando-as em sua jornada heroica pela vida.

Percebemos que eles se defendem e se ajudam como uma tribo de errantes em uma terra estranha. Cuidam das crianças e se protegem do frio, chuva e das ameaças externas. Cantamos *karaokê* com eles, às vezes brincamos jogando bola, vôlei, futebol, jogos dramáticos voltados para teatro de rua, *tai chi chuan*, outras vezes fazemos coletas de sangue, e outras, com os representantes de igrejas, jantamos juntos, brincamos, fazemos palestras ou simplesmente ouvimos o que eles têm a falar.

O teatro é uma das melhores formas de resgate da cidadania dessas pessoas, e serve também como terapia. Como já dissemos, somente usamos no teatro, roteiros de contos de fada, mitologia, lendas indígenas e poemas. Essas narrativas são conhecidas desde épocas antes de Cristo e surgiram na Índia, na Grécia, no Egito e Palestina (judeus). Segundo Freud e Carl G. Jung, os contos de fada e mitos possuem um código que pode ser decifrado, pois envia mensagens diretamente ao inconsciente da pessoa. Quando uma pessoa ouve um conto de fada ou mito, sua psique elabora uma interpretação que faz com que a criança e o adulto se tornem mais saudáveis. O mito de Baco é uma história que lembra muita a loucura e o delírio dos alcoolistas e usuário de drogas.

Os rituais dionisíacos (Baco) eram feitos em representações que sugerem o início da tragédia grega e do drama satírico. Dionísio (Baco) é uma divindade vinculada ao teatro, porque suas festas e representações têm características nitidamente teatrais, onde a máscara é um instrumento de representação. Essas representações eram feitas em rituais religiosos e tinham como propósito a liberação e superação da condição humana (ALFARO, 1993).

O teatro, tendo como roteiro as lendas indígenas, os mitos e conto de fada, pode ser usado como um instrumento de terapia que toca a psique dos usuários de drogas e álcool, e dessa forma ser uma fonte de libertação de sua dependência.

Por meio da representação desses temas no teatro, o usuário de drogas pode simbolicamente se olhar no espelho e perceber suas imperfeições, tal qual a bruxa malvada do conto de Branca Neve, e de forma mágica, como um cristal quebrado, reconstituir seus pedaços pela magia contida em sua psique. Nesse momento, como Branca Neve, poderá se tornar pessoa de grande beleza e seguir sua jornada rumo à felicidade.

O mito conta uma história sagrada, ocorrida no tempo primordial, o tempo fabuloso do “princípio” e narra as façanhas de heróis e deuses que passam pelos mesmos problemas vividos por qualquer ser humano normal, ou seja, qualquer um de nós (ELIADE, 1989).

Nos mitos e contos de fada percebem-se as estruturas básicas da psique humana (FRANZ, 2003).

Pelo teatro, podemos conduzir de forma lúdica e prazerosa os alcoolistas e usuários de drogas a percorrerem a jornada heroica dos deuses em busca de sua própria alma.

Quando um ator representa no palco ou na rua, um mito ou conto, ele se torna roteirista e diretor de seu próprio *script* de vida, mudando sua história e sendo ator de seu próprio destino. As narrativas dos mitos e contos de fada falam de homens e mulheres que viviam segundo os mistérios da magia. Esse era um tempo de cabanas e castelos encantados, donzelas em perigo e heróis galantes vestidos em reluzentes armaduras, que cavalgavam montados em cavalos alados, ou voavam em tapetes mágicos para combater bruxas ou ferozes dragões. Em sua jornada contavam apenas com sua coragem, sabedoria e habilidades. Às vezes, fadas e animais encantados seguiam ao seu lado em busca do graal, da rosa azul ou para resgatar uma linda princesa.

O mito mostra uma verdade psicológica importante que se aplica a toda a humanidade. A diferença entre os mitos e contos de fada é que, no caso do primeiro, o herói deve escolher entre dois caminhos: o do bem ou do mal, do prazer ou da virtude. Os contos de fada mostram que o que está acontecendo é algo comum e pode acontecer a qualquer pessoa. Nos mitos, o final é sempre trágico e nos contos de fada, o final é sempre feliz (JOHNSON, 1987).

Nos mitos, os acontecimentos são singulares e não podem acontecer com as pessoas comuns. Esses acontecimentos são grandiosos e inspiram admiração, servindo como um modelo moral para cada um de nós. Um modelo a ser seguido (BETTELHEIN, 1987).

O teatro com roteiros míticos pode ser uma forma de resgate da dignidade tanto humana quanto social dos usuários de drogas e álcool no serviço de redução de danos.

Um concurso de poesia, de dança ou teatro pode despertar nessas pessoas a vontade de voltarem a viver e se integrarem ao meio social de forma produtiva.

Freud, em sua teoria psicanalítica, formulou os conceitos do “id”, “ego” e “superego”, onde o “id” é o princípio do prazer e o “superego” é a parte da psique onde são guardados os conceitos do certo ou errado, os códigos morais e éticos. O “ego” é o lado racional e verbal, o pensamento objetivo (DOURADO, 1965).

No conto Os Três Porquinhos, percebemos que o menor e o do meio viviam segundo o princípio do prazer (ID) e só o mais velho construiu uma casa sólida, de tijolos, sendo capaz de enfrentar os problemas da vida, representados pelo lobo feroz (BETTELHEIN, 1987).

Carl G. Jung formulou os conceitos de *anima*, *animus*, sombra, *self* e os arquétipos. *Animus* é a energia masculina e *anima* é a energia feminina (FRANZ, 1990).

Quanto mais o homem for machista, e não aceitar a sua *anima*, mais provoca uma verdadeira automutilação psíquica, e somente ao aceitar

sua *anima*, ele poderá se tornar um ser natural, harmonizando sua energia masculina e feminina. O mesmo acontece com a mulher que não aceita o seu *animus*. No caso dela, sua energia masculina pode matá-la e no homem, a *anima* o torna um ser esquisito. Isso ocorre porque o homem na sociedade primitiva era um caçador e guerreiro. Os caçadores e guerreiros matam. Já a mulher gera filhos, gera vida, portanto, a *anima* não mata o homem, o *animus* mata a mulher (FRANZ, 1990).

Terapias do Movimento

O serviço de redução de danos no Brasil ainda está em fase de experiência, porém com relação à abordagem dos usuários, a técnica cognitivo-comportamental está apresentando bons resultados, mas acreditamos que a medicina chinesa e a *ayurvédica* e *yoga* podem apresentar bons resultados. A acupuntura pode ser aplicada na própria rua, respeitando-se as normas de higiene e biossegurança. No caso de ansiedade, depressão, angústia, as agulhas da acupuntura apresentam resultados benéficos. Todos sabem que muitos usuários de drogas, álcool e tabaco são dependentes por serem pessoas ansiosas ou deprimidas. Podemos tratar também essas pessoas com *tai chi chuan*, *liangong*, *qi gong*, *xiangong* e outras técnicas que fazem parte das terapias chinesas e exercem um efeito terapêutico positivo, trazendo calma, paz e contribuindo para a saúde e mais harmonia. Quando praticamos uma dessas técnicas, todos os nossos órgãos e funções são estimulados, influenciando até mesmo nossos pensamentos. Dessa forma, podemos, ao adotar essas práticas no serviço de redução de danos, contribuir para que os usuários enxerguem o mundo de uma forma mais saudável.

O taoísmo é uma religião com muitos adeptos principalmente no Oriente, e a teoria da medicina chinesa é influenciada pelo princípio do Tao.

No princípio era o Tao e este se manifestou sobre as formas de *yin* (feminino) e do *yang* (masculino).

YIN	YANG
Terra - Lua	Sol
Mulher	Homem
Noite - sombra	Dia - luz
Água	Fogo
Úmido - líquido	Seco - sólido
Frio - inverno	Calor - verão
Passivo	Ativo
Inspiração	Expiração
Doce	Salgado

Ao praticar *tai chi chuan* a pessoa, de qualquer idade, se torna mais saudável, pois seu sistema imunológico torna-se mais resistente à doença, e acaba respirando melhor, dormindo melhor e tendo mais autocontrole. Também ele estimula o fluxo de energia vital (Qi) por todo o organismo, contribuindo para que a pessoa viva mais feliz e saudável.

Medicina Ayurvética e Yoga

Em sânscrito, *ayr* significa vida e *veda*, conhecimento. O *ayurveda* ou medicina *vedica* é considerado a mais antiga das medicinas. Tanto na medicina *ayurveda* quanto na prática de *yoga*, a respiração correta ou *pranayama* é de grande importância, pois é assim que se capta a energia vital, proporcionando rejuvenescimento e paz.

Os Chacras

Existem em nosso corpo vários centros de energia que são chamados de “chacras”, e destes, sete chacras são considerados os mais importantes, pois são os responsáveis pelo bom funcionamento dos órgãos, como coração, pulmão e rins, e do organismo. Cada chacra possui uma cor, um mantra e um ponto de localização. Por exemplo, o chacra cardíaco está localizado no centro do peito e não em cima do

coração como alguns pensam. O terceiro olho está localizado entre as sobrancelhas.

Mantras

Mantra significa palavra de poder, em sânscrito. O aramaico, o antigo idioma dos judeus, o idioma dos *vikings* e o sânscrito são considerados idiomas sagrados. Na bíblia, no Evangelho de João, 1:1 a 5 está escrito:

No princípio era o Verbo, e o Verbo estava com Deus, e o Verbo era Deus. Ele estava no princípio com Deus.

Todas as coisas foram feitas por intermédio Dele, e, sem ele, nada do que foi feito se fez.

A Vida estava nele e a vida era a luz dos homens.

A luz resplandeceu nas trevas, e as trevas não prevaleceram contra ela.

Nesses três idiomas, as palavras exercem influência sobre o ambiente e as pessoas, pois são considerados idiomas sagrados, ou seja, a língua dos anjos. No idioma Indu existem muitos mantras que são praticados pelos adeptos da *yoga*, principalmente do mantra *yoga*. Existem mantras em sânscritos para o crescimento espiritual, para a saúde e até mesmo abundância, riqueza, fartura e outras situações da vida.

Os mantras podem ser recitados a qualquer momento e servem até mesmo como uma forma de acalmar a mente. Pessoas ansiosas, com depressão, hiperativas, ou que às vezes são acometidas por maus pensamentos podem obter excelentes resultados com a recitação dos mantras. Os orientais costumam comparar o pensamento humano com um cavalo selvagem, indócil, que nunca está parado. Qualquer pessoa sofre com esse problema, pois em um momento está prestando atenção em algo, e de repente pensamentos estranhos ou da vida cotidiana surgem em sua mente, distraíndo-a, fazendo com que deixe de prestar atenção. Os mantras podem educar a pessoa a focar sua atenção, de maneira mais efetiva, aproveitando melhor sua capacidade intelectual.

Quando uma pessoa sente raiva, medo, ou tem pensamentos ruins, ela acaba envenenando seu próprio corpo, e ao contrário quando tem bons pensamentos, recita mantras, pratica *yoga*, faz orações, pratica esportes aeróbicos, produzindo endorfina, que percorre todo o organismo pela corrente sanguínea, e dessa forma, sente menos dor, cansaço, tem mais resistência ao esforço físico ou mental, pois a endorfina pode ser considerada uma droga natural do organismo, que faz com que a pessoa viva mais, tenha mais saúde e felicidade.

Em vez de tomarmos medicações controladas que exercem efeitos colaterais, podemos nos tratar com essas terapias orientais, obtendo melhores resultados. Existem casos em que os medicamentos farmacológicos são necessários. Não queremos com isso dizer que uma pessoa não deve ir ao médico ou psicólogo, mas sim queremos sugerir que essas práticas sejam coadjuvantes no tratamento médico.

A medicina *ayurveda* e a *yoga* ensinam a pessoa a viver melhor e em harmonia com a natureza e a sociedade.

No CAPSad e também no serviço de redução de danos, adotamos a prática da medicina chinesa, *karatê*, *yoga*, capoeira, danças, teatro e poesia como proposta alternativa de tratamento.

Carlos Alberto Urizar - Psicólogo
Clara Mitsuko Tsuchida - Enfermeira

1.6 Pesquisas e estudos sobre o uso da pasta base na região, o perfil do usuário, as políticas de enfrentamento ao problema e a redução de danos como alternativa

Uma usuária de drogas utiliza seu corpo (prostituição) com a finalidade de obter dinheiro para comprar droga há muitos anos. Hoje se arrepende das oportunidades que teve como de cuidar de sua filha, que acabou sendo adotada, da casa que perdeu e do contato com amigos, familiares e trabalho. Realizou-se atendimento com a usuária, orientando-a para utilizar cigarro em vez de crack, encaminhando-a para o CAPS, rede de atendimento e comunidade terapêutica, onde ela seguiu as orientações por certo tempo, porém, teve recaídas, voltando a utilizar o crack. Atualmente, a droga não a está satisfazendo e tentou morrer se ferindo com um vidro.*

As condições de saúde dos usuários de pasta base de cocaína configuram-se como um sério problema de saúde pública em toda a América do Sul, pelos males diretos à saúde dos usuários, pela vulnerabilidade a doenças infectocontagiosas e para terceiros por decorrências de comportamentos sociais. Por ser uma droga barata, que causa dependência mais rapidamente e de forma mais intensa que a cocaína, o álcool e a maconha, o seu uso tem se multiplicado rapidamente em todo o continente. A dependência da pasta causa problemas de ordem social, como o envolvimento em furtos, pequenos crimes e outras formas de violência familiar e comunitária. Por ser fumada e conter muito mais impurezas que a cocaína inalada, a pasta base causa mais dependência e sérios problemas para a saúde do usuário.

Anteriormente apenas encontrada nos países produtores de folha de coca, como Bolívia, Peru e Colômbia, a pasta base passa a ser encontrada e distribuída em grandes quantidades também em outros países próximos da América do Sul, como: Venezuela, Chile, Argentina, Uru-

*MAYARA ALVINO, Redutora de Danos da ERD Ponta Porã, 2012.

guai, Brasil e Paraguai. Essa droga, como demonstrado a seguir, tem acometido principalmente populações mais jovens e setores miserabilizados da sociedade, causando sérios problemas sociais.

Ainda não existe uma política pública de saúde consistente voltada para reduzir os danos causados pelo uso da pasta base no continente. Somente em meados da primeira década do século XXI é que se iniciou a implantação de políticas voltadas para os usuários de *crack* e por decorrência da pasta base. O *crack* e a pasta base são drogas diversas, porém causam efeitos físicos e psíquicos similares aos usuários. A pouca utilização do conceito de pasta base pela mídia e pela sociedade em geral deve-se ao fato de, nos grandes centros urbanos, centralizarem-se a produção e difusão de conhecimentos. Onde se produz desenvolvem mais pesquisas sobre o tema e onde ficam os grandes centros midiáticos, como: jornais, revistas, emissoras de TV e outras mídias eletrônicas da internet.

Países como Argentina e Uruguai mantêm programas de redução de danos voltados para esses usuários e estudos e publicações científicas específicas sobre a pasta base. No Brasil, como o uso dela se dá fora do grande eixo urbano do país, situado nas cidades litorâneas, os estudos e publicações sobre o consumo da pasta base são tímidos, tornando de extrema relevância que se publique aqui também o conhecimento produzido sobre o tema.

As três pesquisas aqui relatadas tiveram como objetivo investigar as condições de vida, a cultura e as condições de saúde dos usuários de pasta base, para subsidiar programas de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Não bastando o conhecimento empírico sobre o tema, foi necessário cruzar os fundamentos teóricos e metodológicos já existentes com as informações levantadas em campo para fundamentar uma crítica às formas de entendimento superficiais e alienadas sobre o uso de pasta base e subsidiar uma compreensão sócio-histórica da problemática que indique uma política de saúde e social mais humanizada sob a abordagem de redução de danos.

A internação compulsória continua sendo preconizada por vários segmentos sociais, como a solução para o problema, demonstrando a existência de um desentendimento sobre a relevância das ações públicas, comunitárias e familiares na produção do controle sobre o uso.

O número de internações praticamente não tem impacto diante do grande número de usuários que demonstram suas formas de controle sobre o uso, quebrando dois mitos sobre essa droga. O primeiro, o de que a internação é a solução e o segundo, que o usuário de pasta base não tem controle sobre o uso. Elaboramos uma crítica ao modelo dominante de atendimento aos usuários de pasta base e ainda apontamos métodos e estratégias de atendimento mais eficazes.

Apresentaremos resumidamente os resultados de três pesquisas com usuários de pasta base, com enfoque estatístico e qualitativo, realizadas em Campo Grande, MS, em 2006, 2007 e 2009. O objetivo aqui não é apresentar os relatórios das referidas pesquisas com seus objetivos, mas utilizar algumas informações levantadas, nas três pesquisas, para elucidar a realidade sobre o uso da pasta base na região. O objetivo final é identificar o equívoco metodológico do atendimento público às demandas relacionadas ao uso da pasta e fazer a defesa de uma estratégia de RD como meio relevante para o enfrentamento efetivo do problema.

Colaboraram no desenvolvimento das investigações a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU), por intermédio da Coordenação Municipal de DST/AIDS, o Ministério da Saúde, pela Coordenação Nacional de DST/AIDS, a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), pelo grupo de pesquisa Educação e Práticas Sociais e as organizações não governamentais (ONG) Azul e Águia Morena, que atuam nas regiões de fronteira do Brasil com a Bolívia e o Paraguai.

A terceira pesquisa foi realizada em 2009 com 200 usuários, incluindo uma testagem rápida de HIV e de sífilis, coordenada pela FIOCRUS e CN DSTAIDS – Ministério da Saúde, tendo como principais pesquisadores, de âmbito nacional, os professores Dr. Francisco Bastos e a Dr. Mônica Malta. A pesquisa denominada “Taxas de infecção de

HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros” compõe a última etapa da exposição sobre o perfil dos usuários e as políticas de atendimento.

Ao cruzar os dados epidemiológicos com os dados sociais relacionados aos usuários de pasta base em Campo Grande, é possível fundamentar uma crítica às atuais políticas públicas de enfrentamento da questão e evidenciar a relevância da abordagem de redução de danos.

1.6.1 Pasta Base: a Droga dos Abandonados

Quando ele percebe que está fraco, e seu sofrimento já não pode mais continuar, pois já chegou ao limite, ele próprio chega à conclusão que deixou de ser um humano, pela vida que leva, pois não há mais significado para viver, recorrendo à ajuda, pois se sente invisível a tudo e a todos. Ele vem para o tratamento e quando chega, com a família ou sozinho, imediatamente é acolhido por um profissional e depois pelo psiquiatra. Inicia-se então o trabalho pelo grupo de profissionais, para ajudá-lo a se reencontrar na rede e na vida.*

O uso da pasta base tem gerado uma série de problemas sociais na área da segurança pública, da educação e, sobretudo, da saúde pública. Não temos notícias de pesquisas publicadas sobre o impacto do uso dela nas condições de saúde dos usuários, nessa região do Brasil. Alguns autores citam pesquisas ou trabalhos realizados com usuários de pasta base (KALINA, 1988; CARLINI, 2003; FONSECA; ISSY, 1997; COGGIOLA, 2004), apenas como parte de outros estudos que não abordam especificamente a saúde dos usuários de pasta base. Na pesquisa sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes de rua, Carlini (2003) cita como derivados da coca o *crack* e a merla, sem se referir à pasta base. Na mesma publicação, quando trata sobre o consumo de drogas na cidade de Campo Grande, cita a pasta base como deriva-

*ANIBAL NARA, Redutor de Danos da ERD, Ponta Porã, 2012.

da de coca mais consumida entre crianças e adolescentes de rua. No quadro de sistematização da referida pesquisa aparece apenas “outra droga derivada de cocaína”.

Dezenas de milhares de usuários de pasta base se espalham pelas regiões de fronteira entre o Brasil e os países produtores de cocaína, como a Bolívia, o Peru e a Colômbia (JERI, 1988). Na região de fronteira dos Estados do Acre, Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, essa é a droga ilícita que mais tem causado dependência química entre amplos setores da população jovem (PAES, 2002), principalmente entre os economicamente desfavorecidos. Essa droga tem um custo muito baixo e causa uma rápida e intensa dependência nos usuários, motivando sérios problemas de saúde nos grupos sociocomunitários onde vivem. Por volta de 2002, a pasta base passa a ser considerada também um problema social preocupante na Argentina e no Uruguai (TNI, 2006; TOUZÉ, 2006).

A dificuldade em transportar drogas ilícitas através das fronteiras entre os países produtores (Bolívia, Peru e Colômbia) e os maiores consumidores regionais (Brasil, Argentina, Uruguai, Chile e Venezuela) torna praticamente inviável o transporte da pasta base de cocaína. Os grandes traficantes preferiram durante muito tempo transportar o produto pronto e mais caro, que é a cocaína, refinada nos próprios países produtores. Aliando-se a isso, o fato de a pasta base se deteriorar mais rapidamente (ao contrário da cocaína que pode durar anos), temos como resultado uma grande concentração de distribuição e consumo dessa droga nas regiões dos países consumidores que fazem fronteiras com os países produtores. Por esse motivo, a pasta base é distribuída e consumida apenas nas regiões próximas aos locais onde a cocaína é produzida e refinada. Estando os refinadores nos países produtores, a pasta base atinge mais as regiões de fronteira do Brasil com esses países: Acre, Rondônia, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e também o Paraná na fronteira com o Paraguai.

As impressões mais marcantes sobre os usuários de pasta base é que se trata de pessoas com grande dificuldade de sociabilização, ou au-

sência de afetos e cuidados familiares. Essa situação de abandono é uma condição para que milhares de crianças, adolescentes e jovens tenham acesso à droga, seja pela ausência de limites ou pela dor do abandono, que torna o indivíduo mais propício ao uso compulsivo de drogas.

O abandono vai além das relações sociofamiliares de convivência informal, estando presente nas políticas públicas que ainda desenvolvem pouquíssimos programas de atendimento a esse segmento social. Também na área de pesquisa, no Brasil, existe uma ausência muito grande de estudos sobre o uso e os usuários de pasta base. Ao pesquisar o conceito de pasta base no Google, encontramos aproximadamente 12 publicações argentinas, 6 chilenas e apenas duas brasileiras. No *site* da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) não existia nenhum estudo específico sobre o tema até 2008. Também não existia publicação em livro divulgando pesquisas sobre o uso e os usuários de pasta base no país, somente encontramos a primeira publicação na Argentina (TOUZÉ, 2006) e no Uruguai (IDES, 2006), onde existem mais publicações sobre o tema que no Brasil.

Ao estudar as pesquisas (PAES, 2006; CM DSTAIDS SESAU, 2006) e os relatórios de campo de dois Programas de Redução de Danos que atuaram na região de fronteira do Brasil com a Bolívia e o Paraguai entre 2001 e 2006 (Mescla Latina, 2004 e TÁ LEGAL, 2002) fica evidente o abandono dos usuários a sua própria sorte. Os usuários são arte de um exército industrial de reserva, que não têm opções de trabalho e sobrevivência digna, buscando na droga um sentido para suas vidas. O outro sujeito social que aparece como usuário de pasta base, mesmo sendo adolescente ou jovem de classe média, é também, de alguma forma abandonado dos afetos e cuidados dos laços familiares, em um mundo de sentido capitalista onde o que é mais importante é o consumo e as posses materiais.

O *crack* é feito a partir da cocaína, com bicarbonato de sódio, soda cáustica, ácidos e outros componentes químicos. Já a pasta base é obtida com o resto do refino de cocaína ou com a pasta básica de cocaína, antes de ser refinada. Enquanto a cocaína é o refino da folha de coca

com produtos cloridratos, como o éter e a acetona, a pasta base não necessita desses produtos. Com o cerco montado pelas polícias nacionais e internacionais contra os cloridratos, os traficantes que fazem o refino, por não terem acesso a esses materiais, fabricam a pasta base, utilizando outros produtos mais fáceis de serem encontrados e mais tóxicos. Essa alternativa torna a pasta base mais barata, mas também muito mais perniciosa para a saúde do usuário, por causa da grande quantidade de produtos químicos impróprios para o consumo humano utilizados em seu refino.

A pasta base é obtida pelo processamento da pasta de coca com diversos reagentes químicos, como: ácido sulfúrico, gasolina, querosene, água de bateria, inseticida, entre outros (FONSECA; ISSY, 1997). Uma pesquisa foi realizada no Uruguai para compreender e identificar as variadas composições da pasta base que chega da Bolívia até esse país.

La pasta base de cocaína, en adelante PCB, es una masa hecha de hojas machadas que se obtiene en las primeras etapas del proceso de obtención del clorhidrato de cocaína a partir de las hojas de algunas de las distintas especies "Erythroxylum". Esta masa – la pasta – se encuentra impurificada por distintos alcaloides, solventes de extracción, reactivos (ácidos, base), productos de reacciones secundarias de los procesos adulterantes, etc. Su variabilidad depende de los productos químicos a los que pueden acceder los traficantes (IDES, 2006, p. 2006).

A qualidade da pasta base existente em todo o sistema de distribuição na América Latina varia muito. Os relatos sobre a produção de merla em Brasília são totalmente distintos dos relatos de Buenos Aires, de Montevidéu, de Santa Cruz de la Sierra ou do Acre. No Acre, a Rede Acriana de Redução de Danos (REARD), em 2006, divulgou a existência de variados produtos de alta toxicidade na confecção da pasta base, chegando à produção do "oxi", droga muito forte e danosa para a saúde que nem sequer contém cocaína, mas é elaborada com os produtos que originalmente são utilizados na confecção da pasta. A toxicidade dos componentes adicionais chega a ser pior do que a cocaína, causando rapidamente inúmeros problemas de saúde para os usuários.

O efeito psicoativo da pasta base, o impacto na saúde do usuário e as formas de uso são similares aos do *crack*, droga conhecida em todo o mundo que começou a ser amplamente difundida na década de 1980 nos Estados Unidos. Cada fumada mantém o usuário eufórico por um breve espaço de tempo; ao passar o efeito, o usuário entra em estado depressivo (“nóia”, na gíria), e faz uso novamente, cada vez com maior intensidade. Os grupos de uso podem passar noites inteiras, ou mesmo dias, somente fumando, sem comer ou dormir. Quanto mais o indivíduo usa, mais seu corpo desenvolve tolerância à droga, tornando necessário que se fume mais e em menor espaço de tempo. Essa prática causa grandes danos físicos ao usuário que, em pouco tempo, perde muito peso e fica mais vulnerável a uma série de doenças. Embora a fabricação da pasta base seja diferente do *crack* e da merla, os efeitos são similares:

Os principais efeitos experimentados após o uso da merla são: taquicardia; dormência maxilar; dilatação da pupila; ressecamento dos lábios; excitação motora; contração muscular; insônia; ansiedade; alteração da percepção do tempo e do espaço; alucinações visuais, auditivas e olfativas; idéias persecutórias e medos (FONSECA; ISSY, 1997).

Enquanto a cocaína, hidrocloreídica, é assimilada pela mucosa nasal, a cocaína base é assimilada muito mais intensa e rapidamente pelos pulmões (FONSECA; ISSY, 1997). Isto torna o usuário de pasta base socialmente mais vulnerável aos que usam cocaína inalada. A ansiedade por conseguir a pasta é maior, levando muitos usuários a cometerem furtos, delitos, e a se deixarem explorar sexualmente para conseguir mais droga, abandonando práticas voltadas para a saúde (PAES, 2002).

Por ser fumada, a pasta base tem um impacto muito mais imediato e poderoso na corrente sanguínea do usuário. Enquanto a cocaína inalada faz efeito na medida em que é absorvida pelas mucosas nasais, que agem como filtros, a cocaína fumada vai direto aos pulmões, carregando o produto tóxico da coca e variados produtos químicos muito maléficis à saúde, diretamente para a corrente sanguínea.

A pasta base normalmente é consumida, por vezes, consecutivamente, em uma mesma noite, dependendo do usuário e do grupo. Temos relatos de uso por até três dias seguidos. O efeito da coca tira o apetite e o sono, fazendo com que o usuário permaneça usando durante longos períodos sem comer e sem dormir. Alguns usuários conseguem manter certo controle por algum tempo e somente fumam a pasta em alguns horários determinados. Um grande número perde o controle e passa a usar a droga cotidianamente, quebrando os anteriores vínculos de sociabilidade e direcionando quase todas as suas ações para conseguir a droga. Com essa dependência mais absoluta existe um aumento de acidentes, situações de violência e maior vulnerabilidade a doenças infectocontagiosas, como gripes, viroses, tuberculose, hepatite, DST e AIDS. Uma vez instalada a doença, o isolamento leva muitos usuários a não procurar diagnóstico e tratamento e, quando se tratam, têm uma baixa adesão ao tratamento, ou o interrompem antes da alta médica.

1.6.2 Usuários de Pasta Base em Campo Grande¹

Internação só em último caso. Estratégias de redução de danos e saúde com atividades extramuro: trabalho de campo; atividades socioeconômicas e de advocacy; e acompanhá-los aos serviços da rede, como documentos, exames, consultas, vacinação, escola, trabalho, arte e outros.

Nas comunidades: participação e articulação com outros equipamentos socioeducativos, empregos, rendas, escolas, oficinas diversas, das comunidades e reinserção social, escolar e familiar, além do grupo de redutores sempre presentes, conscientizando-o para cuidar da saúde. Isso é a redução de danos.*

Em pesquisa realizada pela Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Campo Grande, MS, em 2006, foram entrevistados 80 usuários de drogas, aproximadamente 95% são usuários de pasta base.

1. Pesquisa publicada na Revista Análisis, n. 7, 2009, na Colômbia.

*IRONDINA DORNELLES, Redutora de Danos da ERD Ponta Porã, 2012.

Apresentaremos a seguir informações importantes sobre a realidade desse público que foi recrutado diretamente pelos redutores de danos dos PRDs Águia Morena e Tá Legal. Achemos importante apresentar esses resultados de pesquisas realizadas em Campo Grande, tendo em vista sua similaridade com os usuários de Ponta Porã, mesmo sendo cidades de tamanhos diferentes. Ao estudar essas informações, os redutores compreendem melhor os usuários por meio de estudos abstratos e não apenas com foco no conhecimento diretamente observado na realidade.

Com relação ao gênero, a quantidade de homens usuários foi maior (92%) do que as mulheres (8%) (Gráfico 1). Essa proporção é próxima das informações registradas nos relatórios de campo dos PRD que atuaram em Campo Grande (TÁ LEGAL, 2003; ÁGUIA MORENA, 2004), mas muito diferente da pesquisa realizada sobre o uso de drogas por adolescentes de rua (CARLINI, 2003), em Campo Grande, que registrou que 46% são mulheres. Também pelos relatos dos redutores, podemos certificar que o número de usuários masculinos é maior do que o feminino conforme demonstra o Gráfico 1.

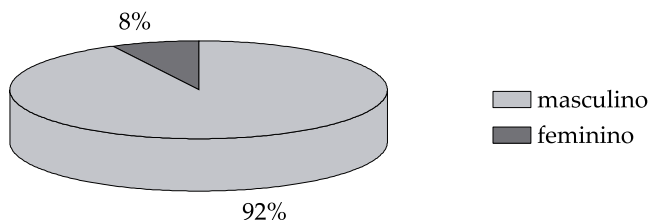


GRÁFICO 1 – Quantificação de gênero.

FONTE: CM DSTAIDS SESAU, 2006.

Quanto à idade, os menores de 18 anos somente foram entrevistados com a autorização dos pais; por isso, somente três adolescentes participaram da pesquisa. Muitos outros adolescentes foram abordados durante as pesquisas e até queriam conceder as entrevistas, mas não puderam porque não obtiveram autorização dos pais, uma norma ética conforme o Comitê de Ética da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-

-Graduação/Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (PROPP/UFMS), que autorizou a realização da pesquisa. Na idade adulta, o resultado demonstra que quanto mais jovem maior é o número de usuários abordados: entre 18 e 21 anos, 38%; entre 21 e 24 anos, 20%; entre 25 e 30 anos; entre 30 e 40, 10% e com mais de 40, 10% (Gráfico 2). A quantidade de usuários vai paulatinamente diminuindo conforme avança a idade. Touzé (2006) demonstra que em Buenos Aires existe um consumo muito mais intenso de pasta base por crianças e adolescentes, conforme Quadro 1.

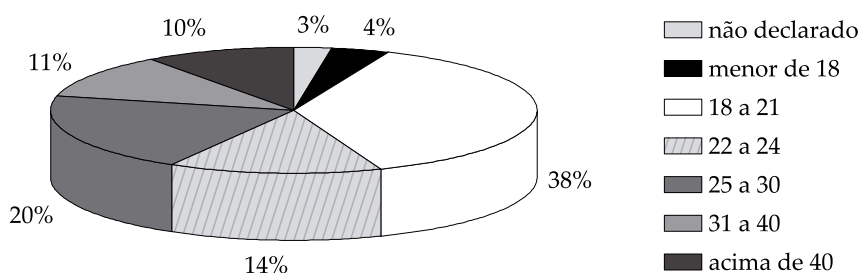


GRÁFICO 2 – Faixa etária dos usuários de pasta base entrevistados.

FONTE: CM DSTAIDS SESAU (2006).

QUADRO 1 – Início do uso de drogas por idade

Años de edad de inicio	Cantidad de casos	Porcentaje (%)
Entre los 8 y los 11	2	6.4
Entre los 11 y los 14	14	45.2
Entre los 15 y los 18	12	38.7
A los 19 o más	3	9.7
Total	31	100

FONTE: CM DSTAIDS SESAU (2006).

Esses dados de Buenos Aires dão a dimensão do perigo que representa essa droga em um segmento que tem menor resistência a comportamentos compulsivos e autocontrole, como as crianças e os adolescentes. O processo de juvenização do uso da pasta base deve ser objeto de estudos e políticas preventivas em várias áreas das políticas públicas.

A constatação de que 38% dos entrevistados têm entre 18 e 21 anos demonstra a concentração de maior número de usuários entre as populações mais jovens. Outra informação importante para compreender que o uso da pasta base acomete principalmente as populações mais jovens é quando relatam sobre a primeira vez que a usaram. Apenas 14 usuários, entre os 79 entrevistados, alegaram que usaram a pasta pela primeira vez quando adultos.

A maioria dos entrevistados (aproximadamente 80%) afirmou ter usado a droga pela primeira vez na adolescência, ou antes. Esse número aponta para a necessidade de que se realizem trabalhos de prevenção e saúde voltados para adolescentes. Os jovens que mais precisam desses serviços ficam de fora, porque não existem serviços especializados nesse tipo de abordagem como os PRD, ou porque, mesmo existindo, fica difícil, por motivos legais, trabalhar com RD com os adolescentes. Falta uma qualificação desses serviços, para que enfoquem especialmente os adolescentes e saibam trabalhar com eles sem contrariar as determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Esse procedimento está sendo desenvolvido em muitos Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas (CAPSad).

Quanto ao local de uso, as próprias casas, as casas abandonadas e as casas de amigos são os lugares mais relatados pelos entrevistados. Outras publicações (TOUZÉ, 2006; TNI, 2006) confirmam o mesmo padrão referente aos locais de consumo que identificamos nos usuários de Campo Grande.

Así de puede fumar solo en grupo, tampoco hay un lugar determinado donde se fuma: en casa de un amigo, una esquina de un barrio, una plaza en una ciudad, el 'pasillo' de una villa miseria. Los escenarios son diversos y en muchos casos están asociados al lugar en el que se habita. Los usuarios más pobres suelen tener menos posibilidades de hacer un uso privado por lo que en ocasiones fuman en los 'pasillos' de la villa, lo que vuelve el uso de la pasta mucho más visible en los barrios pobres que en los de clase media donde hay numerosas referencias de presencia de PBC (TNI, 2006, p. 9).

Na realidade, os locais de uso variam de acordo com as possibilidades e as formas de controle social e familiar sobre o uso. Um adolescente que recebe atenção educativa efetiva de sua família não poderá fazer uso em algum local que possa ser visto, enquanto que para um adolescente que vive em situação de abandono familiar não importa que seja visto consumindo a droga. No caso da pesquisa de Campo Grande, descrito no Gráfico 3, devemos considerar que a maioria dos adolescentes, que fumam escondido da família, não pôde ser entrevistada. Por esse motivo, o referido gráfico demonstra mais o uso entre os adultos.

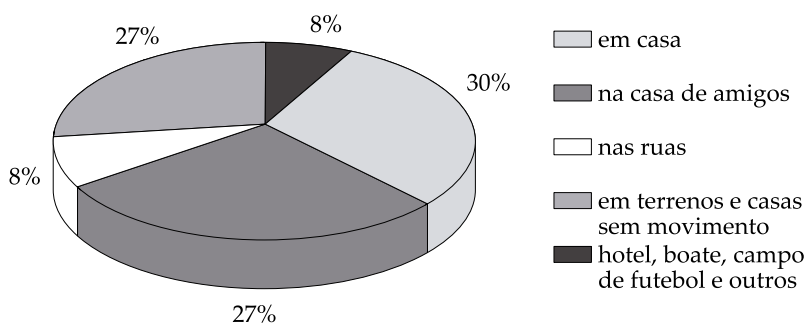


GRÁFICO 3 – Locais de consumo da pasta base.

FONTE: CM DSTAIDS SESAU \ (2006).

O início do uso, os hábitos de uso cotidiano e as origens socioeconômicas e culturais demonstram a fragilidade das condições de vida e sobrevivência do grupo de entrevistados. É importante lembrar que 12 usuários foram entrevistados na Cadeia Pública do Bairro das Moreninhas. Mesmo de outros bairros distantes, Buriti e Santa Emília, o grupo parece ter uma identidade das condições socioeconômicas, com um histórico de desestruturação familiar e envolvimento com atividades ilícitas, nem sempre por eles relatados nas entrevistas, mas sim pelos redutores que os conhecem melhor.

Com relação à situação econômica, mais de 90% dos entrevistados não possuem trabalho fixo, fazem bicos esporádicos e até atividades ilícitas para sobreviverem e comprarem a droga. Somente 8%

têm trabalho fixo e, entre estes, a metade tem registro em carteira ou é funcionário público. A atividade profissional mais desenvolvida pelos entrevistados é a construção (21%), como: pedreiros, serventes ou trabalhadores de obras. Vale a pena registrar também que 10% afirmaram que atuam com “correria” ou furtos, denotando uma grande concentração de atividades ilícitas no grupo.

Quanto à renda, a tendência ao subemprego ou ao desemprego se confirma, com 45% sem renda ou com menos de um salário mínimo por mês. Outros 93% recebem menos que dois salários mínimos e, somente 7% ganham entre dois e três salários mínimos. A situação de miserabilidade entre os 79 entrevistados é categórica, podendo se afirmar que 90% vivem abaixo da linha da pobreza, segundo os padrões da Organização das Nações Unidas (ONU).

Outras publicações dão conta do mesmo fenômeno na Argentina e no Uruguai (TOUZÉ, 2006; TNI, 2006), demonstrando ainda que existe uma mudança na estratégia geral do tráfico de drogas, voltada para a organização de micropontos de distribuição, a um baixo custo para atender demandas das populações mais miserabilizadas.

La creciente segregación a la que está sometida gran parte de la población argentina, ha promovido la necesidad de desarrollar diversas estrategias de supervivencia ante la imposibilidad de acceder o permanecer en instancias formales de educación y/o trabajo. Algunas de estas estrategias están vinculadas a actividades ilegales. Pero existen indicios que permiten pensar que la aparición de la PCB esta vinculada a un proceso de transformación general en la producción, comercio y trafico de clorhidrato de cocaína y no únicamente con los niveles de pobreza que, favorece nuevos padrones de uso e micro comercio e la economía de las drogas. La asociación pobreza –PCB se explica también por el hecho de que las agencias del sistema penal capturan por lo general los integrantes de los integrantes más vulnerables en términos socioeconómicos del trafico y consumo (TNI, 2006).

A maior incidência do uso da pasta entre populações mais miserabilizadas demonstra que essa prática está associada às condições materiais da comunidade. Esse padrão se repete por todos os países

da região, mas pode ser ampliado com a criação de novas redes de distribuição, que estão associadas às condições de pobreza. Essa rede de distribuição se concentra nas comunidades mais pobres, favorecendo ainda mais o consumo entre seus moradores. No Uruguai, esses padrões de uso mais intenso entre as populações mais empobrecidas se confirmam: “En el caso de Montevideo, el estudio correspondiente señala que, aun que se comprueba” (TOUZE, 2006).

A situação de pobreza diminui as possibilidades de acompanhamento educativo e afetivo das crianças e dos adolescentes por parte das famílias. Do ponto de vista da saúde é importante que se conheça e se compreenda como as situações de maior vulnerabilidade devem guiar a deliberação das políticas de atenção e atendimento.

Fica também evidente que quase a metade dos entrevistados (45%) não tem uma situação familiar estável com relações contínuas e sem violência com a mãe, ou o pai, ou os irmãos, ou a esposa e/ou os filhos. Mesmo assim, aproximadamente 63% deles moram com alguém da família, e o restante, sozinho ou com amigos. Sobre esse contato familiar, surgem conceitos como “difícil”; “pega no pé”; “não tem contato devido ao uso”; “não tem contato”, “prejudicado pelo uso”. Um importante trabalho dos redutores é fazer a ponte entre os usuários e suas famílias. Os familiares quase sempre estão muito abertos para serem ajudados por alguém interessado (no caso, os redutores que visitaram suas famílias) tentando restabelecer os vínculos desfeitos. Dezenas de contatos foram realizadas durante a pesquisa.

O hábito de jogar futebol ficou registrado em 53% das entrevistas como uma atitude voltada para a saúde. Depois deste, somente o hábito de andar de bicicleta aparece quatro vezes, enquanto outros esportes, como academia de musculação, caminhada e nadar no córrego, aparecem de uma a três vezes. O mais significativo é o futebol que é jogado nos terrenos dos bairros próximos e até na sede do PRD Águia Morena, que fica dentro de um parque com muitos campos de futebol. Falta investimento público nessa atividade dirigida aos usuários.

Quando indagados sobre como manter o controle sobre o uso da pasta base, todos os redutores e mais cinco dentre oito entrevistados afirmaram que utilizam a maconha. Nos locais onde os redutores atuam são recorrentes os relatos dos que usam a maconha como forma de controlar o uso da pasta. A maconha provoca fome e quando eles comem sentem sono e dormem, quebrando o ciclo de continuidade do uso da pasta base que, em geral, dura toda a noite (LABIGALINI, 2000). Os usuários passam então a ter em mãos um “remédio”, ou uma erva natural, que pode torná-los capazes de parar de usar a pasta no meio de uma seção de uso. Nesse caso, a maconha é usada como “remédio” capaz de cortar o ciclo de continuidade do uso da pasta, fazendo com que o usuário durma mais cedo e consiga, no dia seguinte, manter suas relações sociais com a família, a escola, o trabalho e outras. Quando passam toda a noite usando, pela manhã ficam muito deprimidos e não conseguem voltar para casa e encarar seus familiares. Nesse sentido, a maconha é usada como um mecanismo de manutenção das relações sociais. Esse diálogo entre usuários de drogas em um grupo focal é significativo dessa prática:

UD. “Se tiver só usando a base dá uma dependência química do caralho né meu? Ai porra! Ce fuma base ce tem que fumar um braum, que da uma desbaratinada pra abri o apetite. Porque só a base...”.

UD. “Ai dá sono, ameniza”.

UD. “Depois que conheci eu dei uma parada no negócio. Só que eu não consigo parar de uma só vez, da noite pro dia, num piscar de olhos”. (GRUPO FOCAL COM UD, 2006).

A maconha faz o efeito contrário da pasta, aumentando significativamente a fome dos usuários que, além de padecer de uma alimentação pouco adequada, ainda têm seu apetite muito reduzido por causa do uso da pasta. Os hábitos alimentares demonstram certa ausência de determinados ingredientes no cardápio dos usuários como frutas, que aparecem somente em uma entrevista. Outro hábito comum é ficar um grande tempo sem comer quando estão sob o efeito da cocaína. O mesmo acontece com o sono, pois, em geral, não dormem quando estão sob o efeito da droga, embora dois usuários revelassem que precisam

da droga justamente para dormir, contrariando o que conhecemos na literatura (CARLINI, 2003; FONSECA; ISSY, 1997) e na prática cotidiana dos PRD (TÁ LEGAL, 2003; ÁGUIA MORENA, 2004).

Quanto à testagem, principalmente de doenças infectocontagiosas, o número é muito alto, mas isso se dá pelo motivo de que o PRD Águia Morena já está em funcionamento desde setembro de 2002. Entre os trabalhos realizados pelos redutores estão a sensibilização e o encaminhamento para a testagem. Acreditamos que em outros bairros da cidade, onde não funciona um PRD, a porcentagem de testes realizados pelos usuários de pasta base é muito menor.

O número de testagens do HIV é muito alto no grupo (25% dos entrevistados), tendo em vista o trabalho realizado pelos redutores desde a implantação do PRD. Essa porcentagem é muito maior do que no geral da sociedade brasileira, evidenciando os resultados de um trabalho anterior. Entre os dois casos positivos, um já vem fazendo tratamento há muitos anos, e o outro ainda está sendo encaminhado. O número de exames de doenças sexualmente transmissíveis (DST) (13% dos entrevistados) ultrapassa os de AIDS, mesmo que sejam doenças que acometem mais intensamente essa população.

Na América Latina são escassos os estudos sobre a associação entre o uso de drogas não injetáveis e a prevalência de HIV, porque as pesquisas incidem principalmente entre os usuários de drogas endovenosas. É importante compreender melhor a soroprevalência de doenças infectocontagiosas, bem como as suas causas, com os usuários de drogas não injetáveis, como a AIDS, a hepatite, a sífilis, a tuberculose e outras DST. Existe uma relação entre o uso de drogas não injetáveis e a taxa de infecção pelo vírus HIV, associada ao sexo desprotegido.

Aunque ay estudios que asocian el uso no inyectable de drogas a una mayor tasa de infección por este virus, las razones de esta asociación son controversiales. Sin embargo, se ha asociado el uso de drogas a una menor protección en las relaciones sexuales y es en este sentido que cobre importancia analizar la posibilidad de transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre los usuarios de

drogas no injectable, especialmente los usuarios de cocaínas fumables (TOUZÉ, 2006, p. 102).

Assim como a AIDS, outras doenças infectocontagiosas foram bastante relatadas, como a hepatite. Acreditamos que tenha havido também uma influência determinante do PRD no número de exames de hepatite realizados, pois, em 2005, pesquisadores da Universidade Federal de Goiás realizaram uma pesquisa com o PRD Águia Morena e submeteram mais de oitenta usuários à testagem de hepatite. À época, este era um problema para os redutores que não conseguiam encaminhar usuários para testagem de hepatite no SUS Municipal, por falta de médico e pela burocracia.

Quanto à tuberculose, aproximadamente 9% fizeram a testagem. No Gráfico 4, aparecem seis, todos negativos, mas o fato é que um dos entrevistados está com tuberculose (TB) e foi encaminhado para tratamento pelos redutores. O que acontece é que muitas vezes eles escondem a informação no momento inicial da entrevista, mas depois voltam a procurar o serviço.

A fragilidade física gerada pelo consumo contínuo da pasta base torna esse grupo mais vulnerável a uma série de doenças, em especial às infectocontagiosas, tornando de extrema relevância uma orientação permanente para a testagem e o tratamento. Os tratamentos são referentes às diversas doenças, mas no geral são interrompidos por preguiça, medo ou esquecimento.

Uma confirmação do que se encontra na literatura foi sobre os tratamentos odontológicos como os mais procurados (15% dos entrevistados). Mesmo em outros relatos contidos nos questionários, a “dor de dente” aparece mais vezes do que todos os outros problemas de saúde. Em uma publicação sobre uso de pasta base, Touze (2006) afirma que o uso de cocaína causa sérios problemas de saúde na cavidade bucal e cita exemplos dessa ocorrência na Argentina e na Colômbia.

Los problemas mas importantes que se producen en la boca son por alteraciones, cambios en la pigmentación en la cavidad oral y leu-

coplasia. También se observan frecuentemente enfermedades periodontales en las encías y caries. (...) Las lesiones se originan por el efecto constrictor de los vasos sanguíneos de la cocaína, así como por su capacidad anestésica, que disminuye la sensibilidad ante las quemaduras que se pueden producir al fumar pasta base de cocaína, por ejemplo, en pipas de metal (TOUZE, 2006, p. 99).

O que os entrevistados relatam como “dor de dente”, configura uma série de problemas bucais que necessitam de atenção imediata. A dor os obriga a ir até as unidades do SUS, mas somente quando ela está insuportável, não buscando atendimentos preventivos e abandonando tratamentos antes do final, o que causa problemas ainda mais sérios.

A segunda causa mais comum de tratamento são as perfurações à bala e à faca, e as DST que aparecem em cinco questionários cada uma. A grande procura por tratamentos de ferimentos originários da violência social urbana é significativa para o entendimento desse grupo social. Um dos pesquisadores relatou que, durante algumas entrevistas, os usuários estavam ostentando armas de fogo e encontravam-se foragidos da justiça. Essa condição causa um isolamento que tende a comprometer a continuidade do tratamento. Muitos justificaram que não continuaram os tratamentos por estarem foragidos ou por terem sido presos. Tal condição torna ainda mais relevante o trabalho da redução de danos como único meio de testar e manter no tratamento muitos indivíduos desse grupo. Os redutores criam um vínculo afetivo com os usuários e passam a ser de confiança, podendo frequentar “mocós” e esconderijos, mantendo uma ligação entre eles e os serviços de saúde. Um motivo importante que gera a espera do redutor nesses locais são as DST que começam a apresentar sinais visíveis e a preocupar os usuários. Nesse caso, eles têm medo de irem sozinhos às unidades de saúde e pedem para serem acompanhados pelos redutores, construindo um importante vínculo de confiança que se espalha pelos grupos de usuários e cria uma cultura comum de enaltecer o trabalho do Agente Redutor de Danos (conforme a Lei Municipal de RD de Campo Grande).

Contrariando o que se esperava na pesquisa, as doenças respiratórias não aparecem com grande incidência. Apenas 3 entre 79 entrevistados alegaram ter procurado o SUS por motivos respiratórios. Em outras publicações, esse tipo de enfermidade é bastante relatado entre os usuários de pasta base.

El uso de la cocaína fumada puede conducir a una variedad de complicaciones pulmonares agudas y crónicas. Se han descrito diversas anormalidades funcionales y lesiones estructurales Del sistema respiratorio asociadas con este tipo de consumo. El espectro incluye lesiones de la vía aérea y alteraciones vasculares, pleurales y parenquimatosas (TOUZE, 2006, p. 99).

Nos relatórios dos PRD pesquisados (TÁ LEGAL, 2001, e ÁGUIA MORENA, 2004), os problemas respiratórios aparecem com maior incidência.

No estudo aparecem a existência de dois tratamentos de hepatite, um de HIV (sinal de que o outro não está sendo tratado) e um de tuberculose. Essas informações são permanentemente atualizadas, pois o que se afirma hoje pode não ser mais confiável amanhã. São comuns os abandonos de tratamento, assim como os casos de pessoas que não querem ser tratadas e depois aderirem ao tratamento. O importante no trabalho com esse segmento é compreender que ele necessita de um acompanhamento mais próximo dos profissionais de saúde para que os tratamentos sejam mantidos.

Outro entendimento importante é sobre a veracidade das respostas. Nos próprios gráficos apresentados é possível perceber uma série de contradições nas respostas. Nenhum usuário falou de resultado positivo de tuberculose na testagem, mas pelo menos um revelou que ainda não está sendo tratado de TB. Em várias outras respostas será possível perceber essas contradições.

Quanto à relação dos usuários com os serviços do SUS, a maioria (56%) qualifica o atendimento como bom, enquanto 44% o classificam como ruim ou regular. Aqueles que acham o serviço bom argumentam

que são “bem-tratados por médicos e funcionários”, e também que os serviços são “gratuitos e rápidos”.

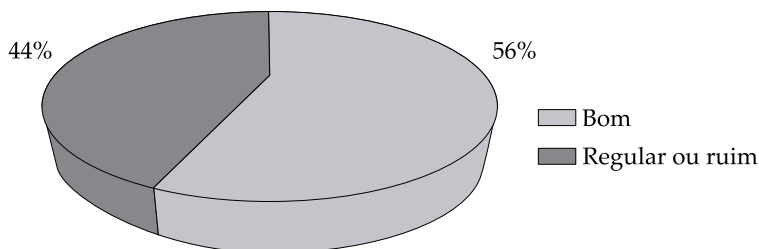


GRÁFICO 4 – Qualidade do atendimento no SUS

FONTE: CM DSTAIDS SESAU (2006).

Por outro lado, existem reclamações: “mal-atendidos, demora no atendimento e profissionais preconceituosos”. Esse preconceito de que falam cinco dos entrevistados diz respeito à discriminação por serem usuários de drogas, com sinais visíveis de uso de pasta base. Esse fato nos remete a uma reflexão sobre uma oficina de RD realizada em 2006, quando um profissional de uma Unidade Básica de Saúde relatou que na sua UBS o vigia era orientado para não deixar entrar usuários de drogas no serviço. Com a implantação dos PRD em Campo Grande, houve um processo sistemático de sensibilização desses profissionais quanto à importância de até se priorizar os usuários de drogas, gerando melhorias no atendimento, embora ainda existam indícios de que seja necessária a continuidade desse processo de sensibilização.

É significativo que 41% dos entrevistados afirmem que são bem-tratados por médicos e funcionários, mas isto também pode ter relação com os anos de funcionamento dos PRD nos bairros onde moram os usuários. Uma das ações do PRD é sensibilizar os profissionais e instituições de saúde sobre a importância de atenderem bem aos usuários de drogas, aproximando-os dos serviços.

O que se conclui de forma central da leitura das informações levantadas na pesquisa é que esse grupo social, dos usuários de pas-

ta base, tem muito mais problemas de saúde do que o da média da sociedade brasileira. É importante também compreender que não é o uso da pasta base em si que causa essa vulnerabilidade, mas as condições sociais de miserabilidade, ausência de informações e recursos para a prevenção, para o desenvolvimento de hábitos mais saudáveis e para o atendimento nas instituições de saúde. O próprio uso da droga está mais associado a essas condições desumanas de sobrevivência, que já faziam parte da sua ontogênese, muito antes do encontro com a droga.

O perfil do jovem ingressante no uso da pasta é também significativo de um processo de ausência da autoridade e de vínculos emocionais com os adultos, produzindo um descontrole sobre seu futuro e sua vida. As famílias desestruturadas e as péssimas condições de trabalho e sobrevivência nos remetem ao que Olievenstein (1985) chama de “personalidade toxicômana anterior ao uso da droga”. Personalidade esta formada pela dor e pelo sofrimento, gerando comportamentos compulsivos e uma busca imediata pelo prazer no próprio corpo, para esquecer e superar, mesmo que apenas instantaneamente, a dor que carrega.

Na análise da relação entre esses usuários e o SUS é imprescindível compreendê-los como cidadãos, e que o uso compulsivo de psicoativos antecede ao contato com as drogas. Essa percepção da realidade ainda necessita fazer parte da formação de todos os profissionais da saúde, por meio de uma formação contínua com tal objetivo. Percebe-se que se está construindo uma cultura de RD no sentido de que, com o tempo, os usuários não tenham mais medo dos serviços e passem a frequentá-los como uma forma de recuperar o direito à saúde que perderam, ou sequer os conheceram no decorrer de suas vidas. Este tem sido o papel dos PRD com as comunidades de usuários de drogas, contribuindo para a qualidade de vida desses cidadãos, ajudando a controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas, nesse grupo e em toda a sociedade.

1.6.3 Fragmentos de uma Pesquisa: grupos focais, entrevistas e dados epidemiológicos de usuários de pasta base em Campo Grande

Usuários em situação de rua geralmente já perderam seus vínculos familiares, pois, como relatam, eles sempre foram crianças-problema para os pais. Desde a infância, os pais já depositam suas expectativas nos filhos, e para os toxicômanos, eles demonstram uma expectativa negativa. Os usuário, por sua vez, utilizam o jogo para fazer a família sofrer, fogem, assustam, desafiam. Eles se afastam, pois sentem culpa, vergonha pela situação que estão vivendo. Sentem-se punidos pela falta de amor no ambiente familiar.*

Campo Grande foi um dos dez sítios escolhidos para a realização da pesquisa, **“Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros”**. Cada município entrevistou certa quantidade de usuários de acordo com o potencial de uso da cidade e densidade demográfica. Em Campo Grande estavam previstas entrevistas com o teste rápido de HIV e sífilis com 200 usuários de drogas. Optou-se pelos usuários de cocaína cheirada, injetada ou fumada ou outras drogas consideradas pesadas, descartando os usuários de álcool ou maconha.

No método de pesquisa Amostragem Dirigida pelo Entrevistado (RDS, sigla inglesa de Respondent Driven Sampling), os usuários são escolhidos pelos seus pares por meio de três convites para cada usuário inicialmente escolhido, denominado “semente”, proporcionando um encadeamento de convidados, até que se chegue ao número previsto, no caso 200 usuários.

Antes que a pesquisa propriamente dita tenha início propõe-se a realização de uma etapa inicial de investigação denominada Formati-

*ALEXANDRA ROSETO. Redutora de Danos da ERD Ponta Porã, 2012.

va, que consiste na realização de grupos focais com usuários de drogas e profissionais de saúde que atendem usuários. A Formativa possibilita a qualificação das escolhas do local, do horário, dos dias da semana e o conhecimento um pouco mais aprofundado sobre os costumes dos usuários e sua relação com os serviços de saúde. As informações coletadas orientam detalhadamente as decisões sobre como será realizada a pesquisa dos 200 usuários e evitam equívocos que possam prejudicar o bom andamento da pesquisa de campo.

Realizamos primeiramente o **grupo focal com profissionais de saúde** que fazem atendimento aos usuários de drogas. Participaram dois profissionais do CAPSad (uma psicóloga e uma assistente social), uma profissional do Hospital Dia (psicóloga), uma redutora de danos do Projeto Águia Morena, uma enfermeira de Unidade Básica de Saúde e uma agente de Programa de Saúde da Família com experiência no atendimento a usuários de drogas (ex-redutora de danos). As discussões foram conduzidas por um roteiro previamente elaborado pela coordenação nacional da pesquisa com alguns acréscimos da equipe local.

Primeiramente, os participantes apresentaram as suas instituições, buscando descrever como acontece o atendimento aos usuários de drogas. O serviço que mais foi descrito e indagado pelo grupo foi o CAPSad, conforme relata uma parte da fala de uma profissional desse serviço:

O CAPSad trabalha de segunda a sexta, das sete as dezessete, sem intervalo de almoço, então tem duas sistematizações, nós temos o atendimento ambulatorial, o paciente vem, livre demanda, não precisa de encaminhamento da unidade básica. Procura o AD, passa pelo acolhimento e no acolhimento, esse paciente, a gente vai perguntar se ele tem a opção de fazer o atendimento psicossocial que é um grupo no CAPS ou só ambulatorial, serviço de ambulatório só passa na psiquiatria e o atendimento psicossocial ele vai passar pela avaliação de toda a equipe que é composta por: psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeira, e assistente social e a gente faz essa avaliação, depois o paciente é encaminhado à um grupo preparatório onde a gente vai

fazer um, digamos um acordo, firmar um acordo com este paciente, onde a gente vai colocar como que é o funcionamento do CAPS, quais são as regras, qual é o grupo que ele vai frequentar. Nós temos a modalidade de intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. O intensivo é aquele paciente que vai todos os dias, de segunda a quinta todos os dias, o paciente tem o semi-intensivo é de duas a três vezes e o não-intensivo uma vez, e nesse grupo preparatório a gente passa todas as regras como que é o funcionamento da unidade e aí no dia seguinte ou conforme a gente agendar ele começa o seu atendimento e ele é acompanhado por toda essa equipe multiprofissional, então o paciente não é do psicólogo, o paciente é da equipe, a equipe tem a responsabilidade com o atendimento desse usuário.

A agente do PSF também apresentou o seu serviço, conforme relato parcialmente descrito:

O serviço de saúde da família não tem um trabalho específico com o usuário, o que acontece é que nós como agente de saúde tentamos trabalhar com o usuário lá na casa dele, aí em comum acordo com enfermeiro e médico que têm que ser pré-comunicados, então a gente vai marcar o horário específico, horários especiais, porque já teve horários de pico em que a unidade estava repleta de gente, então a gente costuma marcar horários assim especiais para essas pessoas e o que a gente tem tentado bastante trabalhar pelo menos na nossa unidade é os adolescentes no incentivo da prevenção e do resgate dos que estão ainda jovens nesse assunto, dos que ainda não são digamos assim aquele usuário crônico. O crônico na verdade é muito difícil, muito difícil dele ser atendido numa unidade básica, porque quando ele chega em crise o que acontece, normalmente o que acontece é chamado o bombeiro e encaminhar para os CAPS, o CAPSad ou para o CAPS 3 ou para os outros CAPS, porque na unidade básica não existe uma capacitação mesmo das pessoas para esse trabalho, dos profissionais, são poucos os profissionais lá da ponta que tem a técnica que tem que ter para um tratamento específico pra essas pessoas, tem que ter uma outra maneira de lidar com essas pessoas, não existe ainda essa capacitação, é bem difícil.

Com relação às comunidades terapêuticas, o grupo teceu várias críticas a esse tipo de serviço, afirmando que a atividade é de cunho

religioso e não técnico-científico e muitas vezes prejudica o usuário. Ressalta-se que a convidada da comunidade terapêutica não pôde participar do grupo focal.

Comunidade terapêutica na verdade a gente tem pouco acesso, não sei se outros que estão mais tempo tem acesso maior a comunidades terapêuticas, mas assim o que eu sinto dessas comunidades é uma coisa bastante particular, o trabalho em alguma delas é muito solto entende e aí assim principalmente com os adolescentes, eles acabam indo pra fazer, não digo que eles não tenham que fazer algumas coisas de atividades de vida diária mas fica naquilo, fica uma coisa muito sem sentido e eles acabam saindo porque as coisas não voltam, principalmente com o adolescente.

O grupo também apontou a dificuldade de atendimento dos usuários de drogas nas unidades básicas de saúde, onde não existe formação dos profissionais para lidarem especificamente com esse público.

O crônico na verdade é muito difícil, muito difícil dele ser atendido numa unidade básica, porque quando ele chega em crise o que acontece, normalmente o que acontece é chamado o bombeiro e encaminhar para os CAPS, o CAPSad ou para o CAPS 3 ou para os outros CAPS, porque na unidade básica não existe uma capacitação mesmo das pessoas para esse trabalho, dos profissionais, são poucos os profissionais lá da ponta que tem a técnica que tem que ter para um tratamento específico pra essas pessoas, tem que ter uma outra maneira de lidar com essas pessoas, não existe ainda essa capacitação, é bem difícil.

Os leitos no Hospital Geral (chamado pelos profissionais de saúde de Regional) foram citados como um serviço de internação temporário sem muito vínculo com as instituições dos participantes do grupo focal. Falam sobre a internação de, no máximo, 15 dias, mas não articulam esse serviço aos demais.

Podemos concluir na fala dos profissionais de saúde que o serviço mais “amigável” para os usuários de drogas é o CAPSad, onde recebem atenção, são escutados e não se sentem discriminados pelo fato de usarem drogas.

A agenda e o cronograma do CAPSad são específicos, para cada público, recebendo usuários em cada momento de acordo com o grau de uso e dependência da substância psicoativa. No caso do público desta pesquisa, que são majoritariamente usuários de pasta base e *crack*, a diversidade de formas e intensidade de dependência prejudicaria a metodologia de atendimento do CAPSad, tendo em vista que quebraria a lógica dos agendamentos.

Com relação ao melhor horário para a realização da pesquisa, os profissionais afirmaram ser à tarde, mas não muito no final da tarde, porque nesse horário eles iniciam a “*correria*” para conseguir a droga para usar à noite, e isso poderia prejudicar o trabalho da pesquisa.

concordo de manhã ou no começo da tarde, porque se você já perdeu o começo da tarde, lá pelo meio da tarde pra frente você já não sabe mais em que condições você vai encontrar esse usuário e aí bom eu não sei também, as vezes pra sua pesquisa de repente para o que você quer é encontrar ele no seu local de uso, bom aí já partimos pra de tarde, pra noite, vai do que você espera e como você espera encontrar esse usuário, você espera encontrar ele sóbrio, espera encontrar ele sem o consumo, você tem que trabalhar ele de manhã ou no comecinho da tarde, no meio da tarde pra frente já foi o dia.

As falas dos profissionais de saúde coincidem quanto à determinação do melhor horário para a pesquisa: pela manhã, mas não muito cedo, e à tarde, mas não muito tarde.

Quanto à dificuldade dos usuários em conviver com as formalidades pertinentes à pesquisa, os profissionais afirmaram que eles teriam dificuldades, mas que teriam que passar por esse desconforto. Previram que para alguns seria mais difícil.

O grupo focal com usuários de drogas teve a participação de seis usuários: dois da região sul (bairro Moreninhas), dois da região oeste (bairro Guanandi e vila Nhandá), um convidado pelo CAPSad da região norte e um convidado do HD da região central da cidade.

Com o início do grupo propriamente dito, ao serem indagados sobre qual a droga mais consumida, foram unânimes e responderam

quase que em conjunto: “pasta base”. Como já descrevemos no início deste texto, a pasta base é a droga mais comum na região de fronteira, sendo o *crack* bem pouco utilizado, e a cocaína inalada usada apenas por pessoas de classe média ou média alta.

Com relação ao início do uso foram citados o álcool e a maconha como drogas que, de alguma maneira, conduziram para o uso da pasta, todas muito fáceis de serem encontradas: “em qualquer esquina que você quiser você vai na rodoviária, vai ali na como é que chama aquela avenida aqui do posto”.

Quando eu comecei a fumar assim né, eu comecei no cigarro mesmo né, no pitinga, aí fumava tipo mas de começo nunca dava, aí quando eu fumei com um rapaz que já fumava há anos, aí eu vi que a droga foge né do cérebro da pessoa, quer se esconder ao máximo possível.

O grupo relatou que escolhe a droga balanceando dois fatores: o preço e qualidade. “Pasta base boa é aquela que cheira né, sente o aroma, o cheiro dela o mesmo tempo do (ininteligível um segundo)”.

Ao serem indagados sobre se usam a droga sozinhos ou em grupo, eles argumentam que depende da droga, pois a maconha é uma droga mais sociável que se fuma junto, já a pasta base, mesmo quando se inicia o uso em grupo, depois de um tempo cada um quer ficar sozinho.

Porque eu posso chamar esse companheiro aqui ó pra fumar comigo, mais depois que eu dá um pega eu já não quero mais sabe dele não. Se antes de chegar aqui eu tivesse fumado uma maconha eu ia chega aqui e me comportar do mesmo jeito aqui, agora se eu tivesse fumado uma base nem aqui eu estaria, daqui eu já tava em casa já trancado. No caso a pasta é menos de um lugar do que a verdadeira maconha, na verdade a pasta é bem mais usada que a maconha né, só que a maconha você vê as pessoas usando, a pasta base não, as pessoas vão se esconder pra usar.

O uso da cocaína inalada foi citado como um costume mais de classe média ou de caminhoneiros, porque os usuários de pasta mesmo não cheiram e, em geral, são pobres:

A cocaína a gente encontra mais em boate, balada, festa. É pelos burguês né, agora lá na parte das pobreza é mais os caminhoneiros pra usar mais, é mais o caminheiro.

Com relação a possíveis formas de atração para que outros usuários participem da pesquisa, os presentes manifestaram que esses são os motivos mais importantes para a vinda.

ambos os dois são atrativos. Vale transporte seria mais para a pessoa vir até aqui e vale alimentação sim um atrativo. Entendeu? O vale transporte seria para locomoção porque muita gente mora longe, dificilmente mora alguém perto. As vezes não tem o dinheiro para chegar até aqui. Hoje de manhã eu não tinha o dinheiro para chegar. Mas independente de ser perto ou longe, de vale transporte, a pessoa mora aqui na esquina, se você der algo pra ela, ela vai vir. Agora fala assim: vamos lá? A pessoa fala assim: vou ficar de boa. Mas vão te dar tal coisa. Então já estou me arrumando. quando eu fui chamar o rapaz aqui, eu falei com a mãe dele. Depois ele estava comentando comigo, que a mãe dele falou assim pra ele: oh, trás para casa um alimento. Mas geralmente dá uma coisinha para ele, e ele vai levar para mãe dele. Os viciados geralmente são assim. Tem muitos que a gente fala que é instigado demais, na linguagem da gente. Trabalha, pega o salário, e faz uma compra rápida.

Os usuários proporcionaram alguns indicadores importantes para as decisões relacionadas à pesquisa, mas, em geral, suas falas foram truncadas e cheias de interesses bem objetivos que não nos conduziram a tomadas de decisões muito diferentes daquelas que já havíamos planejado anteriormente em equipe.

Na realidade, realizamos diversos grupos focais com usuários de drogas em diversas regiões da cidade e com objetivos diferentes. O que se percebe é que quando os usuários participam de um programa de redução de danos demonstram mais esclarecimento sobre a própria droga e sobre os encaminhamentos de saúde e sociais que precisam. Sempre fica evidente a demanda de atendimentos pelo lado dos usuários e a ausência ou precariedade de serviços disponíveis pelos profissionais de saúde.

Pesquisa sobre taxas de infecção de Sífilis e HIV entre usuário de drogas em campo grande: Dados epidemiológicos como fundamento da Redução de Danos

O recrutamento ocorreu a partir de seis sementes, uma das quais prevaleceu sobre as demais, gerando quase a metade de todas as entrevistas da pesquisa, e outra cerca de 30% (ver Figura n ???p. ???). Semente é o tratamento dado na metodologia de recrutamento da pesquisa quando um usuário é escolhido e convida outros três para voltarem. Esses usuários que iniciaram a semente são atendidos pelo PRD Águia Morena e pelo antigo Tá Legal (que não funciona mais) da região sul da cidade no conjunto de bairros denominado Moreninhas e o segundo, na vila Nhanhá. O fato de esses PRDs atuarem há mais de sete anos na região favoreceu o desenvolvimento dessa semente na forma de convites para novos convidados. Acreditamos que isto foi ocasionado pela ampla e sólida rede de sociabilização proporcionada pelo trabalho do PRD durante os últimos anos.

Mesmo que outras sementes tenham sido contatadas a partir de outros serviços e contatos (Hospital Geral e CAPSad) com a comunidade de usuários, as duas sementes que prevaleceram foram justamente aquelas iniciadas pelos contatos com os PRD. Isso demonstra a importância que tem o PRD no processo de organização da comunicação entre os usuários e da relevância que pode representar essa capacidade de comunicação e mobilização no sentido de prevenção de comportamentos de risco, de controle epidemiológico e de melhoria da qualidade de vida e saúde de uma forma geral do usuário.

Como no levantamento anterior, de 2006, a maioria dos usuários entrevistados era composta de jovens do sexo masculino. Tendo em vista que os usuários acessados provieram de contatos iniciados em locais onde funciona ou funcionou um PRD, pode-se inferir que os mais jovens que usam a droga em um espaço de sociabilidade mais amplo foram mais contatados, enquanto muitos usuários que utilizam sozinho a droga ficaram fora da pesquisa.

A maioria dos usuários é constituída por homens, padrão que se repete (com algum grau de variação) em todos os locais pesquisados. A proporção estimada de usuários do sexo masculino foi de 89,8%. A faixa etária preponderante foi a indivíduos com idades entre 25 a 34 anos, com proporções decrescentes para a de 35 a 49. Estimou-se que 27,3% dos usuários tinham idades entre 18 e 24 anos, 36,8% de 25 a 34 anos e 30,6% de 35 a 49 anos. A proporção de usuários acima de 49 anos foi bastante reduzida (segundo um padrão que se repete, com algumas variações, em praticamente todos os contextos, em todo o mundo. Estimou-se que a grande maioria dos usuários é formada por solteiros (65,6%), e a proporção estimada de usuários casados ou que declaram morar com companheiro e de usuários separados ou divorciados foi semelhante, em torno de 16% (RDS FIOCRUZ, 2009).

O afastamento de grande número de usuários de seus familiares também confirma os resultados da pesquisa de 2006. O fato de os usuários dessa droga passarem a ter dificuldade em manter sua sociabilização de origem, quando usam de forma contínua ou compulsiva, os coloca em situação de dificuldade para manter os antigos laços familiares e comunitários. O aumento do uso está diretamente relacionado ao afastamento dos pais, dos irmãos, do marido, da esposa, do trabalho, do professor (da escola) e assim por diante, ampliando o tempo de convivência com seus pares usuários. Percebe-se uma relatividade entre o aumento do uso e o afastamento das relações anteriores. Grande parte desses usuários mora sozinha em quatinhos emprestados ou alugados, em barracos improvisados ou mudando de residência cotidianamente. Podemos concluir que uma importante política de saúde com esse segmento é o trabalho de reatamento das relações familiares e comunitárias e a garantia de moradia.

O índice de escolaridade dos entrevistados é, como na pesquisa de 2006, muito abaixo da média brasileira, significando que o uso de pasta em Campo Grande acomete principalmente as parcelas menos escolarizadas da sociedade. Quase 70% dos entrevistados não completaram o ensino fundamental.

Estimou-se que 4,5% dos usuários eram analfabetos, 14,5% tinham nível de escolaridade entre a primeira e a terceira série do estudo fundamental, 47% da quarta à sétima série do ensino fundamental e 10,5% tinham o ensino fundamental completo. 8% tinham o ensino médio incompleto, 10,5% ensino médio completo, 3% ensino superior incompleto e 1% o superior completo.

As condições econômicas precárias dos usuários também confirmam os dados da pesquisa de 2006. A maioria realiza trabalhos temporários ou “bicos”, ficando abaixo da linha da pobreza definida pela ONU. Alguns usuários quando passam a uma dependência mais aguda da pasta não conseguem manter seus antigos empregos e começam a viver em função de conseguir algum trocado para a droga e para comer.

A maioria dos usuários não tinha nenhuma renda ou renda de até R\$ 400 reais, com proporções estimadas de 29,8 e 37,3%, respectivamente. Estimou-se que 27,9% dos usuários tinham renda entre R\$ 400 e R\$ 800 reais. A proporção estimada de usuários com renda acima de R\$ 800 foi de apenas 5%. A maioria dos usuários trabalhava sem carteira assinada ou não trabalhava por ocasião da entrevista. Estimou-se que apenas 6,1% dos usuários trabalhava quando da entrevista.

Fica evidente que uma ação de saúde pública com esse segmento deve ter como importante objetivo a formação e o encaminhamento para o trabalho. A dicotomização entre saúde e trabalho, como políticas públicas, apenas reflete o fundamento positivista de grande parte da medicina contemporânea. Os PRD relacionados ao trabalho com os usuários entrevistados tinham como ação de RD a preparação dos usuários para o trabalho e a sensibilização de instituições e empresas para os receberem.

Quanto à prevenção de HIV, sífilis e outras doenças venéreas, as entrevistas demonstram a desinformação e a situação de mistificação em que se encontra grande parte dos usuários. Se considerarmos que a maioria desses usuários já manteve contato direto ou indireto com as atividades do PRD, podemos concluir que grande parte dos entrevista-

dos ainda tem mais informações do que outros grupos oriundos de regiões onde não existem PRD e essa informação é bastante significativa para ser considerada nos programas de saúde voltados para o controle de doenças infectocontagiosas.

Conhecimento e fontes de informações sobre DTS e AIDS e acesso a preservativos. Com relação às perguntas sobre conhecimento referente ao HIV/AIDS, as questões que apresentaram menor proporção estimada de usuários que responderam corretamente, em ordem crescente, foram: “Uma mulher grávida que está com sífilis, ao receber tratamento para sífilis durante a gravidez não passará a doença para o bebê”, “Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da AIDS ao ser picado por um mosquito”, “Uma mulher grávida que tenha o vírus da AIDS, ao receber tratamento para AIDS, diminui o risco de passar o vírus para o seu filho”, “Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da AIDS ao usar banheiros públicos”, “Uma pessoa pode se infectar com o vírus da AIDS compartilhando talheres, copos ou refeições”. Com relação a essas perguntas, as estimativas das frequências de respostas corretas variaram entre 32,7 e 55,9%, ou seja, a despeito de mudanças na ordem das respostas mais frequentemente equivocadas, observa-se também aqui uma proporção elevada de respostas erradas. Com relação às demais questões, as proporções estimadas de usuários que responderam corretamente variaram entre 83,3% e 91,9%, evidenciando, uma vez mais, um modesto núcleo de respostas consistentemente corretas ao longo dos diferentes sítios.

Com relação à realização de textos de HIV e outras DST, os entrevistados, em geral, demonstraram igualmente alto grau de desinformação e desconhecimentos sobre as doenças e suas formas de controle.

Estimou-se que 59,5% dos usuários não conheciam serviços de saúde que realizam teste de AIDS gratuitamente. A proporção estimada de usuários que relatou já ter feito teste de AIDS foi de 33,5%. Como motivo para não ter realizado o teste para AIDS, estimou-se que a maioria disse que “não via motivo” para tal (29,1%). Entre aqueles que realizaram teste, estimou-se que a maioria relatou ter realizado nos últimos 5 anos e que o principal motivo para realização do último teste para 29,9% dos usuários foi por “curiosidade/vontade própria”, e

em 18,2% por achar que tinham algum risco. Em relação ao resultado auto-declarado do último teste, estimou-se que 80,5% declaravam-se negativos, 7,8% positivos, e 9,1% não sabiam seu sorostatus. Quanto à chance auto-percebida de se infectar com HIV, estimou-se que 25,7% declarou não ter nenhuma chance e 30,4% não saber (Idem).

Se os usuários são já discriminados pelo fato de usarem pasta base, esse processo se acentua com relação a outras formas de discriminação como de classe social (pobreza), origem étnica e gênero. Percebe-se que a comunidade envolvente dos usuários os isola e os afasta da convivência social cidadã, construindo um muro ideológico que impede o usuário de participar das relações sociais. Esse é outro objeto de estudo e trabalho relacionado à prática de RD de extrema relevância no atendimento aos usuários e na prevenção de doenças em geral.

Estimou-se que 25,1% relatou ter sofrido discriminação nos últimos 12 meses por causa de sua cor ou raça, 62,0% por falta de dinheiro ou condição social, 78,3% pelo fato de usar drogas e 18% em função de sua orientação sexual. Estimou-se que 61,2% relatou ter sofrido agressão verbal, 48,1% ter sofrido ameaça de agressão física, 37,6% relatou ter agredido alguém fisicamente, 13,4% relatou ter sido forçado a ter relações sexuais contra vontade e 6,3% ter forçado alguém fisicamente a ter relações sexuais contra vontade.

Essa violência simbólica manifesta na forma de discriminação e desdobra-se em outras formas de violência ainda mais acentuadas internamente no próprio grupo de usuários. Pode-se concluir que a violência vivida pelos usuários é então manifesta por eles e que, no sentido de uma política preventiva de violência, primeiramente deveriam ser garantidos os direitos humanos dos usuários para que, ao não sofrerem forma de violência, também não a reproduzissem. Esse é um dos papéis centrais dos PRD: zelar e defender os direitos humanos dos usuários formando entre eles protagonistas da luta pelos seus direitos.

Os usuários de pasta são também usuários de outras drogas, prioritariamente o álcool, mas também a maconha, a cocaína (quando há dinheiro para sua compra).

A proporção estimada de usuários que declararam ter feito uso de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses foi de 89,2%. Estimou-se que a proporção de usuários que fizeram uso todos os dias de bebidas alcoólicas foi de 34,9%, nesse período. Estimou-se que 81,9% dos usuários fizeram uso de maconha nos últimos 12 meses. Estimou-se que 53,6% dos usuários usaram maconha todos os dias da semana nos últimos 12 meses. A proporção estimada de usuários que fizeram uso de cocaína nos últimos 12 meses foi de 48,8%. Estimou-se que 36,6% fizeram uso menos de 1 (uma) vez por mês nesse período. Estimou-se que 6% dos usuários fizeram uso de drogas injetáveis nos últimos 12 meses, e que 69,2% fizeram uso com frequência inferior a 1 (uma) vez por mês, nos últimos 12 meses.

A proporção estimada de usuários que fizeram uso de crack nos últimos 12 meses foi de 42,2%, e 47,1% deles fizeram uso entre 2 e 3 dias por semana nos últimos 12 meses. Estimou-se que 89,5% dos usuários fizeram uso de pasta base nos últimos 12 meses, e que 36,1% fizeram uso todos os dias da semana nesse período. Portanto, diferentemente de Salvador, a pasta base se mostrou um elemento central na cena de uso de Campo Grande. Deve-se observar a imensa diversidade das cenas de uso brasileiras, habitualmente encoberta pela afirmação do senso comum de que no país predomina o uso de cocaína. Não resta dúvida quanto a isso, mas cabe observar que a enorme diversidade de modos de apresentação e vias de consumo de produtos que têm a coca/cocaína como denominador afeta fortemente as cenas de tráfico e uso em cada local, conferindo a elas seu caráter específico e singular.

Em relação ao uso de drogas sintéticas, estimou-se que 8% fizeram uso nos últimos 12 meses, e que 54,2% fizeram uso com frequência inferior a 1 (uma) vez por mês. A proporção estimada de usuários que fizeram uso de anfetaminas ou metanfetaminas nos últimos 12 meses foi de 6,8%, 18% de tranquilizantes/sedativos e 6,4% de alucinógenos. Em relação ao tratamento para dependência química, estimou-se que 39,3% já fizeram tratamento alguma vez na vida, e que 54% fizeram tratamento nos últimos 12 meses.

A estimativa para proporção de usuários que já esteve preso foi de 65,2%.

A prevalência do uso da pasta base em relação ao *crack* é significativa, mas se amplia e ainda mais se considerarmos que muitos usuários não têm clareza sobre a diferença existente entre as duas drogas. Muitos profissionais que atuam nas políticas públicas voltadas para os usuários também desconhecem essa diferença. Só mais recentemente a polícia começou a diferenciar a pasta da cocaína e do *crack*. Esses fatores impedem uma compreensão precisa entre o uso de pasta e *crack*. Nos relatos dos redutores de danos, que conhecem melhor a questão, em Campo Grande quase não existe a “pedra” (*crack*) porque ela fica mais cara e “é mais difícil de carburar”, enquanto a pasta base queima com facilidade inclusive junto com outros produtos, como fumo ou maconha. Mais barata, mais acessível e mais fácil de ser utilizada, a pasta é muito mais conhecida e utilizada na região.

No bairro das Moreninhas, de onde proveu grande parte dos entrevistados, funciona ininterruptamente o PRD Águia Morena desde 2003 e esse fato faz a diferença na compreensão sobre os hábitos de uso. Durante anos, o PRD orientou centenas de usuários a usarem a maconha como meio de controle sobre o uso da pasta. Nas atividades de campo, nos encontros e durante os encaminhamentos para a rede, os redutores esclarecem sobre os efeitos da maconha durante o uso da pasta e do *crack*. Normalmente, os usuários de pasta iniciam o uso ao anoitecer e seguem usando em curtos intervalos quando sentem novamente vontade. Quando param ficam depressivos pela ausência da droga, entram na “noia”, não conseguem comer ou dormir e por isso não conseguem parar de usar mesmo sabendo que isso vai gerar um problema no dia seguinte, no trabalho, na família, na escola, enfim nas suas relações sociais. Aí entra a maconha como substância de controle sobre o uso da pasta.

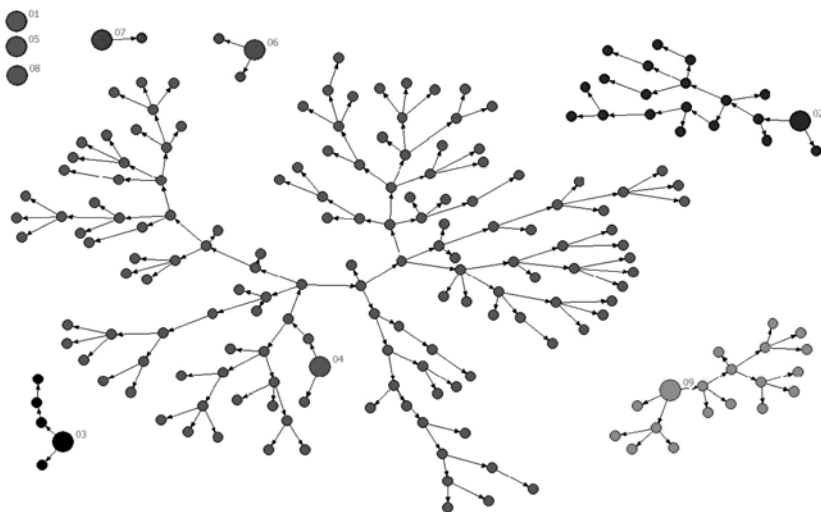
Depois de usar pasta algumas horas, o usuário é orientado a fumar maconha e isso o leva a ter fome. Os redutores levam chá doce e pão com margarina para as cenas de uso. Os usuários comem, sentem sono, conseguem dormir e no dia seguinte estão em condições de se

relacionar no trabalho, na família ou em outra situação. O uso intensivo da maconha na Moreninha tem um sentido diferente, pois serve também como controle sobre o uso da pasta.

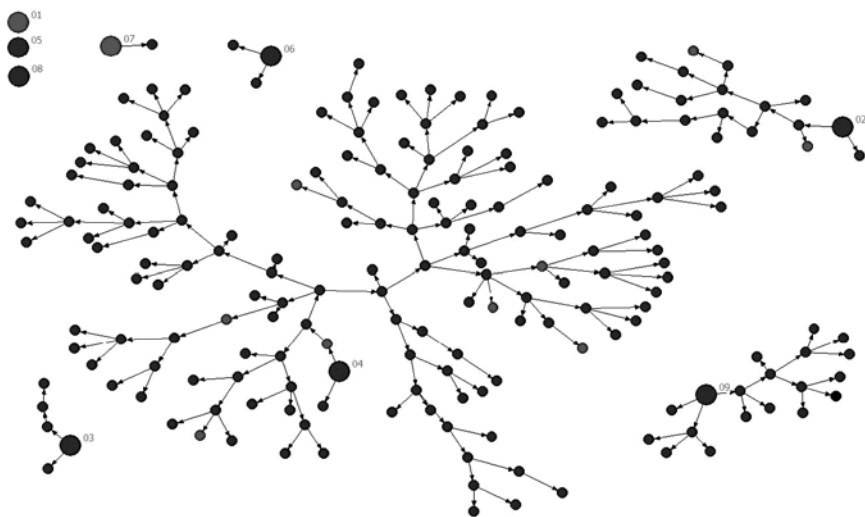
Todas essas informações sobre o acometimento de DSTs, AIDS e sífilis demonstram mais claramente a situação de vulnerabilidade dos usuários de pasta base e apontam a necessidade premente de investimentos voltados para a garantia dos seus direitos de cidadão e da criação de políticas de atendimento e programas de redução de danos que abordem, vinculem e orientem o usuário não como um indivíduo isolado, mas como um conjunto de cidadãos com características e demandas específicas.

A seguir, as **Figuras ????** resultantes da pesquisa demonstram a incidência de HIV e sífilis com 200 usuários pesquisados.

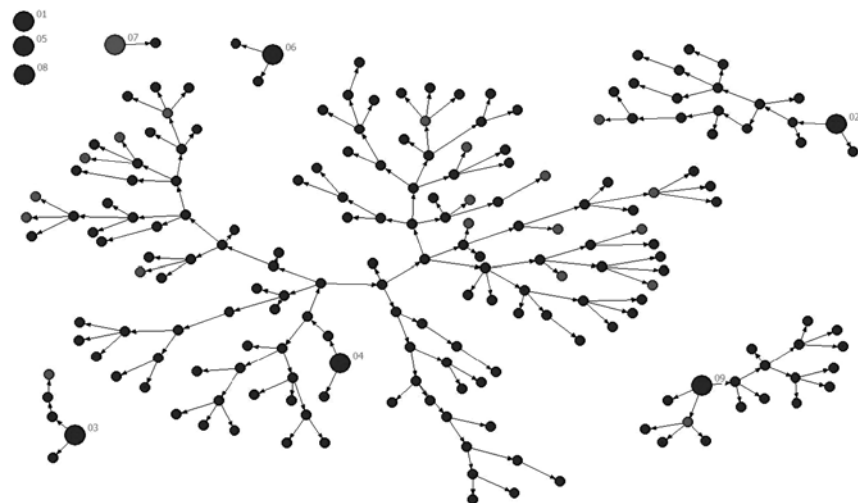
Desenvolvimento das sementes (RDS FIOCRUZ, 2009)



Testagem para HIV (RDS FIOCRUZ, 2009).



Testagem para sífilis (RDS FIOCRUZ, 2009)





2ª PARTE

ALGUNS TEXTOS TEÓRICOS ESTUDADOS NA ESCOLA DE REDUÇÃO DE DANOS

O usuário de drogas deixa de ser representado como um problema e passa a ser compreendido como um cidadão qualquer, que convive com certos riscos e está inserido nas relações sociais. A intervenção não pode ser individual, ou, muito menos, curativa. Ela objetiva a modificação de hábitos coletivos, a produção de uma cultura e, por não considerar o usuário um doente, não objetiva a cura, mesmo que resulte em processos de cura efetiva. O redutor deve conduzir o usuário no exercício de diferentes atividades, minimizando a compreensão da atividade como imposição externa, sem deixar de perder o vínculo emocional de confiança e respeito. A RD propõe colocar o usuário como sujeito de suas ações, e não como paciente passivo, tornando esse desenvolvimento das atividades o mais prazeroso possível, pois o usuário tem que querer.*

*ALEXANDRA ROSETO. Redutora de Danos da ERD Ponta Porã, 2012.

2.1 Historicidade do uso de drogas

Entende-se que os países estão muito mais preocupados com o impacto que o comércio de drogas irá fazer na sua economia do que em dar assistência digna à saúde dos indivíduos, os quais se tornaram produto da droga. Esse indivíduo, além de consumir, vende a droga que o alimenta e o destrói ao mesmo tempo. Quando ele adocece por completo, a sociedade o expulsa, tratando-o como um não cidadão.*

“Em primeiro lugar, todo mundo sabe que existem toxicômanos, esse é um dado antigo” (OLIEVENSTEIN, 1985).

“Não existe sociedade que não tenha suas drogas, lícitas ou ilícitas, sendo esta prática um fenômeno especificamente humano” (BUCHER, 1991).

“A relação entre os psicoativos e os homens são tão antigas como a crônica da própria humanidade” (BASTOS, 1994).

“Nunca houve uma humanidade sem drogas” (MESQUITA, in Vergara 2003).

“Na história humana não há nenhuma cultura, antiga ou contemporânea, que não tenha feito uso de substâncias psicoativas” (VERGARA, 2003).

“O consumo de drogas remonta aos primórdios da humanidade” (COGGIOLA, 2004).

Entendemos por historicidade não o acúmulo de fatos e dados históricos, mas a compreensão da cultura humana tendo como base a sua produção histórica. Com os dados citados a seguir não pretendemos realizar um estudo sobre a história do uso de drogas. Os registros,

*NILCILENE PIELL. Redutora de Danos da ERD Ponta Porã, 2012.

aqui demonstrados, têm o objetivo de fundamentar o entendimento sobre a questão do uso de drogas.

A história demonstra como os seres humanos souberam conviver com o uso de drogas nos mais variados níveis de relação comunitária, seja por motivos místicos, terapêuticos ou lúdicos. Poucos são os registros que mostram essas drogas como um problema, ao contrário, as drogas são objeto de respeito e interesse nos textos históricos da antiguidade até o mercantilismo (BARATA, 1994, p. 39).

Há seis mil anos, os chineses já utilizavam maconha, sem que exista nenhum indício de que essa prática, de alguma forma, representasse um perigo para os fumantes ou para a comunidade em geral. Como a maconha é originária da região onde hoje se localiza o Afeganistão, é possível supor que o uso dela seja anterior à existência dos primeiros registros históricos da humanidade. Alguns povos da Ásia, Europa e África já fumavam a maconha há pelo menos 1000 a.C. Outros registros mostram a utilização da maconha como remédio para disenteria, dor de cabeça e doenças venéreas (VERGARA, 2003, p. 37).

Os povos que habitavam a região da Mesopotâmia, entre os rios Tigre e Eufrates, utilizavam o ópio há sete mil anos (BUCHER, 1991, p. 22). A mais antiga língua dos sumérios, na Mesopotâmia, cita a “planta do prazer” referindo-se à papoula. De diferentes formas, o ópio foi utilizado na China, na Índia, no Egito dos Faraós, na Grécia Antiga e no Império Romano. O uso medicinal do ópio é tão antigo e tão difundido que se tornou uma espécie de testemunha da nossa história. Na Era do Bronze, no Oriente Médio, o ópio era utilizado como sedativo para dor e como afrodisíaco. No Egito Antigo são comuns as referências ao uso medicinal do ópio escritas nos papiros (VERGARA, 2003, p. 38). Essas substâncias eram utilizadas pelo seu efeito psicoativo e pelo seu poder medicinal.

As bebidas alcoólicas também estão presentes em praticamente todos os registros históricos e religiosos sobre a formação das grandes civilizações orientais e ocidentais. Grande parte das religiões da Antiguidade utilizava o álcool como complemento fundamental para seus

rituais, que eram os mais variados possíveis. O vinho foi largamente utilizado por povos mesopotâmicos, judeus, gregos, romanos e muitos outros, em rituais religiosos (BUCHER, 1991).

Em diferentes civilizações e por diferentes motivos, as elites dominantes proibiram o uso de drogas, sem conquistar muito sucesso na empreitada. Alguns faraós egípcios chegaram a proibir o uso de bebidas alcoólicas pela população, atingindo um objetivo parcial de reduzir o consumo (VERGARA, 2003). Na Idade Média, o uso de qualquer tipo de droga, exceto o álcool, era considerado “coisa do demônio”, sendo proibido e penalizado pela Igreja. No Brasil, a maconha chegou a ser proibida pela Câmara de Vereadores do Rio de Janeiro em 1930 (MACRAE, 2000, p. 19), cuja Lei foi suprimida logo depois.

O uso do ópio foi proibido na China na segunda metade do século XIX, e enfrentou a chamada “guerra do ópio” por mais de dez anos, patrocinada por empresas inglesas que mantinham o monopólio da produção dessa droga na Índia, então colônia Britânica. Os ingleses ganharam a guerra e conseguiram impor a liberação do uso da droga na China, onde mais da metade da população masculina adulta se tornou dependente dela (BUCHER, 1991, p. 22). O uso, como parte de um sistema comercial de distribuição, venda e propaganda, ocasionou um problema social muito grande, que em milhares de anos não havia ocorrido com o uso doméstico liberado da mesma droga, na mesma região.

A Inglaterra, como já é sabido, mas pouco divulgado, auferia lucros exorbitantes, da ordem de 11 milhões de dólares anuais, com o tráfico de ópio para a cidade chinesa de Lintim, ao passo que o volume de comércio de outros produtos não ultrapassava a cifra de 6 milhões. Tudo isso acontecia com a aprovação declarada e documentalmente registrada, do Parlamento Inglês, que por inúmeras vezes manifestou os inconvenientes da interrupção de um negócio tão rentável (COGGIOLA, 2004, p. 11).

O controle sobre o uso, que acontecia internamente nas comunidades chinesas há milhares de anos, foi quebrado quando a droga passou a ser de interesse comercial em grande escala (VERGARA, 2003,

p. 42). O uso de drogas em comunidades primitivas ou civilizações da Antiguidade não representou problema de ordem social, tendo em vista que o controle era exercido por meio das relações pessoais próximas, na própria comunidade. O problema se acentua quando o uso de drogas deixa de ser parte da história de uma cultura local e passa a ser a história da economia capitalista:

A história das drogas anterior à economia capitalista é, com raras exceções, um aspecto normal da cultura, da religião e da vida cotidiana em toda a sociedade: não é a história de um problema. Torna-se um problema com o advento do mercantilismo e com a consolidação em nível mundial do modo de produção capitalista. (...) As novas drogas importadas do novo para o velho mundo, tornaram-se, neste velho mundo, a partir de interesses políticos e econômicos dominantes, um grande problema moral ou religioso ou um grande negócio para comerciantes e monarcas; um objeto de proibição ou, ao contrário, de promoção ou imposição (BARATA, 1994, p. 41).

A coca somente se torna um problema quando é sintetizada em cocaína e torna-se produto do mercado. A folha da coca tem sua utilização comprovada nos últimos dois mil anos pelos povos que habitavam a Cordilheira dos Andes, na América do Sul. Seu consumo ainda constitui um importante meio de superação das dificuldades físicas inerentes à vida em grandes altitudes e nunca representou um problema, mas uma solução. A cocaína, sintetizada por um laboratório dos Estados Unidos, foi utilizada comercialmente como remédio durante décadas. As empresas responsáveis pela sua distribuição e venda tiveram que inventar novas drogas quando ela foi proibida no início do século XX, mas a cocaína continuou a ser produzida e vendida clandestinamente pelos mesmos laboratórios (VERGARA, 2003).

O uso ou a referência às drogas no meio artístico sempre foi comum. Shakespeare chegou a mencionar o uso de drogas em alguns de seus textos, como em *Otelo*, onde ele afirma que “Nem papoula nem mandrágora, nem todos os xaropes narcóticos do mundo, jamais te devolverão esse doce sono que até ontem tinhas”. Outros artistas importantes não apenas citaram o uso de drogas, mas utilizaram vários tipos delas como

meio de mudar a percepção sensorial e produzir suas obras em estado alterado. Entre os mais importantes, podemos citar: Charles Baudelaire, Arthur Rimbaud, Théophile Gautier, Edgar A. Poe, Tomas de Quincey e Aldous Ruxley. Mais recentemente, a “geração *beat*” associou o uso de drogas à produção artística com importantes autores, como: Jack Kerouac, William Burroughs e Allen Ginsberg (BALBUENA, 1994. p.143-144).

Em outras áreas da vida social, as drogas tiveram uma grande inserção. Por exemplo, algumas guerras estão diretamente relacionadas à produção de uma cultura danosa do uso de drogas, pois tem aumentado o consumo dessas substâncias como decorrência do estresse, causando dependência em muitos soldados. Durante a Guerra Civil Americana, a Guerra Franco-Prussiana e a Guerra Austro-prussiana, o ópio foi largamente utilizado, e muitos combatentes voltaram dependentes do *front*. Nas guerras dos Estados Unidos contra a Coreia e o Vietnã, a maconha era liberada para os soldados, a heroína era consumida abertamente e a morfina indiscriminadamente utilizada como procedimento médico. Ao retornarem para os Estados Unidos, milhares de soldados estavam dependentes e influenciaram a aquisição de novos hábitos coletivos com relação às drogas em seu país (VERGARA, 2003).

A política de “guerra às drogas” movida pelo governo dos Estados Unidos desde o início do século XX chegou a proibir todas as substâncias psicoativas, inclusive o álcool. A Lei Seca, que proibia a fabricação e o consumo de álcool nos Estados Unidos, foi determinante na formação de uma imensa rede ilegal de fabricantes e distribuidores de bebidas alcoólicas, causando um aumento vertiginoso do crime organizado no país. Os setores conservadores esperavam que a proibição do consumo de álcool fosse harmonizar as relações sociais, mas teve um efeito contrário, ampliando as organizações criminosas em todo o país.

No início do século XX, a maconha foi alvo do proibicionismo nos Estados Unidos, sendo o seu consumo associado a imigrantes pobres e “inferiores”, nas campanhas pela erradicação da planta em si, como estratégia de defesa de interesses de setores capitalistas. Grupos econô-

micos poderosos, que produziam fibras sintéticas e papel com eucalipto, financiaram os parlamentares que aprovavam as leis proibicionistas, já que a fibra do cânhamo (extraída do pé da maconha) constituía uma forte concorrente para a expansão dos seus negócios no mercado interno e em todo o mundo (BUCHER, 1991). A política de “guerra às drogas”, com interesses de grupos econômicos, está em vigor até os dias de hoje como parte de políticas mais amplas do interesse geopolítico dos Estados Unidos.

A questão das drogas está intimamente relacionada à forma de organização material das relações humanas. Coggiola (1997) afirma que o mercado de drogas movimentava 500 bilhões de dólares por ano². Para ele, enquanto houver possibilidade de lucro exorbitante para os investidores da droga, os problemas advindos do seu uso não poderão ser contidos, prejudicando, principalmente, as regiões por onde passam grandes quantidades de drogas, por favorecerem o consumo da população pelo fácil acesso e baixo preço.

Com o pretexto de controlar a cocaína nos países de origem, os Estados Unidos mantêm bases militares na América Latina e treinam polícias e exércitos de países como a Colômbia, o Equador, o Peru, a Bolívia e o Paraguai (RONCKEN, 2004; ROSSI, 1996). A pulverização de veneno nas regiões de plantio de coca na Bolívia, no Peru e na Colômbia, visando a impedir o plantio, é uma prática patrocinada pelo governo dos Estados Unidos que inviabiliza a utilização das terras pulverizadas para qualquer tipo de atividade agropecuária por aproximadamente dez anos, além de promover um grande desastre ecológico nos mananciais aquíferos. Em 1999, os EUA iniciaram a implan-

2. Segundo P. Salama (1999, p. 126), é impossível uma estimativa correta dos lucros com o narcotráfico por causa das condições marginais e sem visibilidade em que ele se dá. A Organização das Nações Unidas (ONU) divulgou, em 2003, uma estimativa de que o tráfico de drogas movimentou aproximadamente 470 bilhões de dólares no ano, mesmo número divulgado pelo Senado dos Estados Unidos em 2001. O G-7, grupo dos sete países mais ricos, divulgou uma estimativa em 1999 declarando estar entre 600 e 800 bilhões de dólares o montante de narcodólares que circulam anualmente pelo mundo.

tação das Localidades de Operações Avançadas (FOL, sigla inglesa de Forward Operating Locations), que foram instaladas em aeroportos do Equador, Curaçao, Aruba e El Salvador, operando mais de duas mil missões aéreas anuais a pretexto de controle do fornecimento de drogas na América Latina, com um custo estimado, em 1999, de 975 milhões de dólares (RONCKEN, 2004). Essa imensa operação militar é coordenada pelo Escritório de Política Nacional para o Controle de Drogas (ONDCP, sigla em inglês de Office of National Drugs Control Policy) que também objetiva articular políticas nacionais de apoio à “guerra às drogas” instituída pelos Estados Unidos.

A luta contra o narcotráfico serve como pretexto para que esse país mantenha forças militares e paramilitares na maioria dos países da América Latina. A Força Administrativa de Narcóticos (DEA, sigla inglesa de Drug Enforcement Administration), braço policial antidrogas do Departamento Federal de Investigação (FBI, sigla inglesa de Federal Bureau Investigation), dos Estados Unidos, está presente diretamente na maioria dos países da América Latina, financiando operações antidrogas, treinando e equipando as polícias e influenciando as políticas nacionais antidrogas desses países. Países como a Bolívia, o Paraguai, o Peru e a Colômbia têm suas polícias antidrogas diretamente supervisionadas pelo DEA.

É evidente que a militarização recente com o pretexto de “lutar contra o flagelo da droga” é um aspecto da recolonização comercial e da chantagem financeira contra a América Latina. O novo intervencionismo estadunidense está mais relacionado com isso, do que com o narcotráfico. É inaceitável supor que a invasão do Panamá, o bloqueio naval à Colômbia, a instalação de bases na Bolívia e no Peru, a militarização da fronteira mexicana, a introdução de uma jurisprudência avassaladora da legislação latino-americana estão motivadas na erradicação do narcotráfico. Buscou-se, desde o início, a substituição da “ameaça do comunismo” por um “perigo” equivalente (COGGIOLA, 2004, p. 05).

O que realmente está por trás de todas essas ações são os interesses do capitalismo representado pelo imperialismo dos Estados Uni-

dos, que mantêm atividades ora contrárias aos grupos que dirigem o tráfico, ora aliando-se a esses mesmos grupos, de acordo com interesses geopolíticos e temporários. Os próprios agentes da Agência Central de Inteligência (CIA, sigla inglesa de Central Intelligence Agency) utilizaram dinheiro do narcotráfico para financiar os contra na Nicarágua, conforme os jornais denunciaram na época, além de favorecer a produção de heroína no Afeganistão pelos grupos fundamentalistas que se insurgiram contra a União Soviética (COGGIOLA, 2004).

Grandes empresas dos Estados Unidos atuam em conjunto com os militares, as polícias e os diplomatas para impor políticas de seu interesse nos países da América Latina. A empresa estadunidense DynCorp atua formando grupos de mercenários paramilitares para lutar contra guerrilheiros e narcotraficantes, emprega 23 mil especialistas em guerra e guerrilha e mantém contratos com o governo dos Estados Unidos da ordem de 600 milhões de dólares por ano. Na Colômbia, a DynCorp mantém 2 mil mercenários de guerra em ação promovendo o terror e a desorganização social (COGGIOLA, 2004, p. 8).

Se por um lado, muitos países latino-americanos apoiam a política militarizante dos Estados Unidos, por outro, os recursos financeiros do narcotráfico, para muitos países, representam um grande benefício econômico. Os lucros com o narcotráfico na Bolívia chegaram a 1 bilhão de dólares em 1990, superando os lucros da economia legal. Estima-se que apenas 3% a 4% dos lucros com o tráfico ficam nos países de origem, pois a maior parte do dinheiro fica nos bancos da Flórida, e outros paraísos fiscais onde se lavam diariamente cerca de 400 milhões de dólares. O custo da cocaína na Bolívia chega a ser 250 vezes mais barato do que nos Estados Unidos, tornando a droga infinitamente mais rentável no seu destino do que na região produtora (COGGIOLA, 2004, p. 2-3).

A exportação de cocaína é o negócio mais lucrativo desses países andinos, representando 18% do produto interno bruto (PIB) da Colômbia, 29% do Peru e 50% da Bolívia no início da década de 1990. Essa pressão financeira impacta diretamente toda a vida desses países: na

Bolívia, dentre uma População Economicamente Ativa (PEA) de 2 milhões de habitantes, de 600 a 700 mil trabalham em atividades relacionadas às drogas (ROSSI, 1996, p. 40). Entre a expansão do fenômeno de consumo, o incremento da produção, a ampliação da comercialização e a transformação das organizações que dominam o mercado das substâncias psicoativas ilícitas, existe uma correlação direta (ROSSI, 1996, p. 34). Essa realidade econômica fundamenta a compreensão sobre a questão das drogas não apenas como um comportamento individual, mas inter-relacionando-a aos determinantes históricos e sociais.

Nos países onde os indicadores econômicos dão conta de níveis de extrema pobreza, marginalidade, sub-ocupação e desemprego, a economia ilegal se constitui num meio de satisfazer as necessidades da população e oxigenar países cujos déficit estruturais, em matéria econômica, são dificilmente superáveis (ROSSI, 1996, p. 35).

Existem movimentos, nesses países produtores de cocaína, que buscam regulamentar a produção de folhas de coca e também da própria cocaína e exportar o produto aos países consumidores. Na Bolívia, esse movimento, que conseguiu eleger o presidente Evo Morales, defende o repatriamento do dinheiro resultante do comércio da droga, coisa que não acontece atualmente, pois a maior parte dos lucros fica nos países destinatários, principalmente nos Estados Unidos, e luta também pelo direito de uso da folha de coca pelos povos andinos.

A Associação Brasileira do Estudo do Álcool e outras Drogas (ABEAD) (1999) divulgou uma pesquisa com alunos do ensino médio que já fizeram uso de maconha no Brasil (7,6%) e nos Estados Unidos (43,7%). A cocaína já tinha sido experimentada por 2% no Brasil e 10,3% nos Estados Unidos, o que somente comprova a ineficácia da política antidrogas e a sua vinculação a interesses econômicos e geopolíticos, e não da saúde pública. Sobre a produção histórica da repressão às drogas nos EUA, Vergara (2003) diz o seguinte:

No caso das drogas a atitude adotada teve pouco a ver com a promoção à saúde. Proibir essas substâncias e criminalizar seu uso foi uma opção das elites, especialmente da elite americana. E os motivos

foram pouco nobres. Os males a saúde ajudaram, é verdade, mas pesou muito mais o racismo, o preconceito contra os mais pobres, o interesse políticos e, claro, o dinheiro.

Cientistas que investigam e publicam sobre assunto (MESQUITA; BASTOS, 2000; DRUCKER, 1994; SCHEERER, 1994; LURIE, 1998; WOODAK, 1998) afirmam que a política antidrogas fracassou e os Estado Unidos ainda são os maiores consumidores delas. Segundo Salamá (1999, p. 131), os Estados Unidos representam 90% do mercado mundial de cocaína.

Essa política de guerra às drogas também está presente no Brasil por intermédio da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que tem no próprio nome a cópia do modelo americano, que nunca deu certo, pois esse país continua concentrando a maior quantidade de usuários por habitante em todo o mundo (MESQUITA, 2000). A Política Nacional Antidrogas nasceu em 1998, mediante uma orientação da Organização dos Estados Americanos (OEA), como um modelo imposto pelos Estados Unidos ao então governo Fernando Henrique Cardoso. Ao participar da Conferência Mundial sobre Drogas, em Nova York, em 1998, o então presidente brasileiro se comprometeu publicamente com a política adotada nos Estados Unidos, que seria desenvolvida no Brasil pela SENAD. A indicação de militares à frente da instituição é também parte do modelo dos Estados Unidos, que hiperdimensiona o aspecto repressivo e militarizante da política de drogas. Atualmente, os investimentos da SENAD dedicam mais de 80% de seu orçamento à repressão, mesmo tendo sua política constituída sobre quatro pilares: prevenção (que em tese deveria ter o maior investimento); tratamento e assistência; redução de danos e redução da oferta (um nome mais abrandado para “repressão”). Entre as políticas defendidas atualmente pela SENAD está o modelo denominado de “Justiça Terapêutica”, que dispõe sobre a obrigatoriedade de tratamento para usuários de drogas ilícitas pegos em flagrante.

Outro aspecto copiado do modelo dos Estados Unidos é a estrutura autoritária da escolha dos representantes dos Conselhos Antidrogas,

sem a paridade entre a sociedade civil e os representantes governamentais e mantendo os representantes das instituições de repressão na direção. Esse modelo difere absolutamente dos modelos dos demais Conselhos de Controle de Políticas Públicas brasileiros, como os Conselhos dos Direitos da Infância e da Adolescência, os Conselhos de Assistência Social, os Conselhos de Saúde, entre outros. A prática de internação para usuários de drogas de forma indiscriminada também tem sido apoiada pelos conselhos antidrogas, como política prioritária de atendimento a usuários, com um modelo explicitamente conflituoso com as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), que definem a internação apenas nos casos em que todas as outras práticas não deram certo.

Ao copiar o modelo dos Estados Unidos, esse setor da política antidrogas brasileiro comete um duplo equívoco: primeiro em copiar, enquanto deveria produzir uma política a partir de sua própria realidade, respaldada na Constituição de 1988, e, segundo, porque copia o modelo dos Estados Unidos, que notoriamente construiu e mantém uma política de drogas calcada na repressão, na marginalização do usuário, que comprovadamente não deu certo, e que tem resultado no aumento generalizado da violência.

Essas informações foram dadas no sentido de que possamos compreender os interesses materiais, tanto de quem planta e distribui a droga como daqueles que aparentemente lutam para erradicá-la. Os interesses contraditórios que difundem nas sociedades latino-americanas, uma ideologia da discriminação e da criminalização dos usuários de drogas, têm um profundo impacto negativo na produção de uma cultura saudável com os usuários de drogas.

Existe uma imensa força material agindo diretamente sobre os indivíduos, juntamente com muitos outros condicionantes sociais, determinando as formas de uso de drogas, os problemas que podem acarretar para o indivíduo e a sociedade e a definição de políticas públicas que objetivam solucionar esses problemas. A compreensão das dimensões internacionais e das bases materiais que interferem na to-

mada de decisões das autoridades públicas sobre o problema é imprescindível para que não se produza um conhecimento fragmentado sobre a questão do uso de drogas. Inúmeros são os investimentos públicos que objetivam controle sobre o uso problemático de drogas, muitos dos quais apenas refletem, sem uma devida avaliação criteriosa, modelos forjados com interesses capitalistas e geopolíticos, impondo artificialmente uma política pública, sem respeitar e estudar os protagonistas da questão, no caso os usuários de drogas e as comunidades onde estão inseridos. O modelo de guerra às drogas impõe, verticalmente, concepções de atendimento, de tratamento e de compreensão dessa realidade que prejudicam ainda mais os usuários:

A imposição da abstinência e a subseqüente marginalização e a patologização dos usuários decorreram do aperfeiçoamento de mecanismos de controle social engendrados, sobretudo, por concepções políticas e culturais que legitimaram práticas discriminatórias, privando os usuários do exercício de sua cidadania (MARTINS, 2003, p. 112).

Essa mesma política gerada e implementada nos Estados Unidos influencia decisivamente a criação de uma série de programas de atendimento que reproduzem meios repressivos, estigmatizantes e moralistas. Os usuários de drogas e os redutores de danos aqui investigados têm, além do estigma gerado pelo uso, uma história de vida marcada por privações materiais e culturais geradas pela forma contemporânea de distribuição de riqueza. É importante compreender que esses indivíduos, que não conseguem trabalho para a sua subsistência, não podem ser identificados como excluídos ou marginais, pois eles são parte importante do sistema capitalista, o “exército industrial de reserva”, conceito desenvolvido por Marx no livro I de *O Capital* (1998). Os indivíduos que vivem de forma mais radical, em condições de miserabilidade social, não o fazem por escolha própria. Fazem parte de um contingente de trabalhadores que é uma parte importante do modo de produção capitalista - mão de obra excedente.

Mas a verdade é que a acumulação capitalista sempre produz, e na proporção da sua energia e de sua extensão, uma população traba-

lhadora supérflua relativamente, isto é, que ultrapassa as necessidades médias da expansão do capital, tornando-se, desse modo, excedente (MARX, 1998, p.733).

O exército industrial de reserva é um recurso do sistema capitalista que tem diversos determinantes específicos, relacionados ao mercado, mas tem uma característica imprescindível para o sistema que é rebaixar o valor do trabalho enquanto mercadoria, em geral. No modo de produção capitalista, o trabalho nada mais é do que um produto do mercado que deve ser comprado pelo capital para produzir e reproduzir riquezas. Quanto mais baixo é o preço desse produto - o trabalho - maior é o crescimento do capital. Em todos os tempos, a indústria sempre se reorganiza em suas formas produtivas para diminuir a quantidade de trabalhadores necessários para produzir determinado produto e gerar mais lucros. “Toda forma de movimento da indústria moderna nasce, portanto, da transformação constante de uma parte da população trabalhadora em desempregados ou parcialmente empregados” (MARX, 1998, p. 736). Tal reflexão nos leva a não aceitar o conceito de “excluído”, para designar os usuários de drogas atendidos nos PRD, tendo em vista que estes são parte significativa e extremamente útil do modo de produção capitalista, compõem um estoque de mão de obra de reserva pronto para ser utilizado pelo capital conforme as flutuações do mercado, embora seja a parte que mais sofre os danos causados por esse sistema social.

Esses, aos quais Marx se refere como trabalhadores, não deixam de fazer parte do exército de mão-de-obra de reserva, tampouco deixam de ter lugar na divisão social do trabalho no modo de produção capitalista. Por vezes participam de empresas ligadas ao mercado de trabalho informal, ou se ocupam de pequenos serviços, esporadicamente. Muito longe de serem inúteis para o modo de produção capitalista, à porção estagnada do exército industrial de reserva se designa o trabalho mais degradante, com mais riscos a integridade física e moral e o pior remunerado, ou seja, o contato permanente com a face mais dura do capital. Portanto aquele contingente de trabalhadores que recebe a denominação de camada marginalizada da população

e hoje de “excluídos” nada mais são do que constituintes do exército industrial de reserva, base de exploração em determinados ramos do capital, aos quais Marx se refere, eufemisticamente, como “ramos especiais da exploração do capital” (COSTA, 2005).

A estigmatização da pobreza é consequência de uma concepção não histórica da humanidade, que não percebe seus determinantes econômicos e, metafisicamente, afirma a determinação da situação de pobreza no próprio indivíduo. O mesmo se dá com relação aos usuários de drogas, cujo estigma tem origem, também, no desenvolvimento histórico dos interesses materiais. A compreensão dos determinantes materiais e históricos do usuário de drogas, abordados nos PRD, é necessária para a apreensão desse sujeito social, para além da sua aparência, buscando sua concretude não na individualidade, mas na sua gênese histórica, para depois empreendermos o levantamento empírico de informações e o aprofundamento mais radical na compreensão das relações de ensino e aprendizagem que se processam entre os redutores de danos e os usuários de drogas.

2.2 Os equívocos do proibicionismo e seus impactos negativos à sociedade³

No caso dos Estados Unidos, que proibiram a fabricação do álcool e só teve o efeito contrário, as organizações criminosas se fortaleceram. Quando algo é proibido, o crime utiliza isso para faturar muito mais. O Brasil não precisa copiar o modelo dos Estados Unidos e sim criar um modelo que venha ao encontro dessa realidade de hoje. Precisamos de um modelo de Redução de Danos para aqueles que já são dependentes e outra intervenção investindo na prevenção, principalmente, com as famílias que são de baixa renda, atingindo as famílias, pois a droga não escolhe classe social. Estamos vivendo em uma era capitalista e isso faz grande diferença, pois muitas instituições e corporações só visam aos lucros, com clínicas e mais clínicas lotadas. Não bastam as internações e sim um acompanhamento humanizado com os usuários de drogas. Devemos zelar pela vida e qualidade de vida, por uma vida digna, e orientá-los para a prevenção.*

É possível perceber os prejuízos sociais causados pelo proibicionismo mesmo sem uma investigação mais rigorosa sobre o tema. Milhões de dólares nas mãos de bandidos, milhares de pessoas presas e um rastro de violência insana que apavora a população do Brasil, da América Latina e da maioria dos países. Além de punir e penalizar os usuários de drogas, empurrando-os para a marginalidade, produz uma intensa violência física e psíquica no interior das famílias, na comunidade e na sociedade em geral. O problema é que o proibicionismo tem fundamentos não na ciência, mas no moralismo, na higienização social e nos interesses de grupos que se beneficiam da ilegalidade do consumo de drogas. Mas, quando lemos importantes autores e documentos que debatem cientificamente o assunto, percebemos que o caminho é o da luta pela legalização e não o dessa política de “guerra às drogas” que tem causado prejuízos materiais e, principalmente, emocionais, irreparáveis à grande parte da população do planeta.

3. Estudo realizado pelo acadêmico *Kauê Meggiolaro Paes*, para o seu Trabalho de Conclusão do Curso de Relações Internacionais da UNAES/Anhanguera.

*VALDETE FERREIRA DE ARAUJO, Redutora de Danos da ERD Ponta Porã.

Apresentaremos as reflexões contra o proibicionismo da Juíza Maria Lúcia Karam, do juiz Walter F. Maierovitch e do documento publicado da Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia, formada por 17 autoridades dentre elas três ex-presidentes do México, da Colômbia e do Brasil⁴. O texto que segue não pretende esgotar o assunto, mas fundamentar a crítica à “guerra às drogas” encorajando os leitores a assumir definitivamente a luta pelos direitos dos usuários de drogas, por uma sociedade menos violenta e uma política sobre drogas mais humana e condizente com os interesses públicos e não com posições moralistas, desinformadas e preconceituosas sobre o assunto.

O redutor de danos não é apenas um profissional que trabalha diretamente com os usuários de drogas. É também um defensor dos direitos dos usuários em todas as áreas da rede de atenção e, para isso, tem que estudar e ter informações para enfrentar os argumentos moralistas dos proibicionistas.

Em vez de tomarmos medicações controladas que exercem efeitos colaterais, podemos nos tratar com essas terapias orientais, obtendo melhores resultados. Existem casos em que os medicamentos farmacológicos são necessários. Não queremos com isso dizer que uma pessoa não deve ir ao médico ou psicólogo, mas sim queremos sugerir que essas práticas sejam coadjuvantes no tratamento médico. A medicina ayurveda e a yoga ensinam a pessoa a viver melhor e em harmonia com a natureza e a sociedade. No CAPSad e também no serviço de Redução de Danos, adotamos a prática da medicina chinesa, caratê, yoga, capoeira, danças, teatro e poesia como proposta alternativa de tratamento.*

2.2.1 A política de Guerra às Drogas

O modelo de “Guerra às Drogas” foi inspirado em paradigmas bélicos, com medidas repressivas impostas internacionalmente e por leis internas dos

4. As reflexões de Maria Lucia **Karam** e de Walter **Maierovitch** e o documento da Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia vão muito além do que esse breve estudo. Sugerimos a leitura dos originais aqui citados para o fortalecimento de uma posição em relação às políticas de drogas.

*CLARA MITSUKO TSUCHIDA e CARLOS ALBERTO URIZAR. Redutores de Danos da ERD Ponta Porã, 2012.

países que adotam essa política. As medidas provocaram um aumento expressivo no número de pessoas presas em muitos países, o que fere princípios da democracia (KARAM, 2010).

Em relação à pobreza, ligada ao comércio ilegal de drogas, Karam explica que a “Guerra às Drogas” não se dirige às drogas como o nome sugere, dirige-se às pessoas que nela estão vinculadas, como os comerciantes tornados traficantes pelas medidas de proibição e os próprios consumidores. Como resultado, o sistema penaliza, em sua maioria, aqueles que estão mais vulneráveis econômica e socialmente, sendo esses os desprovidos de riquezas e educação (KARAM, 2010).

Segundo Maierovitch (2010), outro país em destaque no uso do modelo da política de “Guerra às Drogas” é o México. Felipe Calderón, presidente do México, assinou, em 2006, o “Plan Mérida”, que visava a aumentar a repressão às drogas no país. No início, contou com o apoio popular do país e com os Estados Unidos como financiador da “Guerra às Drogas”; nesse período, George W. Bush era o presidente dos Estados Unidos. O problema é que, em 2009, a população percebeu a vitória dos “Cartéis de Drogas” mexicanos sobre forças do governo. A cada 100 pessoas assassinadas nessa guerra, 70 eram civis sem nenhum tipo de ligação com as drogas ou forças policiais. Até julho de 2010, foram contabilizadas em território nacional, 28 mil mortes em função das guerras às drogas.

A guerra de Calderón não reduziu o lucro obtido pelos cartéis com o tráfico de drogas. Eles continuam a movimentar com o tráfico de drogas anualmente US\$ 13 bilhões. Segundo dados da Central Intelligence Agency (CIA) e Drug Enforcement Administration (DEA), os cartéis mexicanos contam com 500 mil associados espalhados no país, além de terem ramificações de seu poder em 200 cidades situadas no território dos Estados Unidos.

Em setembro de 2010, responsáveis pelos centros de tratamento de toxicodependentes vieram a público para denunciar que homens armados a mando dos cartéis mexicanos estavam entrando nos centros

de tratamentos dos dependentes químicos e matando todos os usuários que estivessem por perto, com medo de que as forças de inteligência do governo estivessem interrogando os pacientes em busca de informações, como locais e nomes relacionados aos cartéis (MAIEROVITCH, 2010).

Em 2010, foram contados mais de 65 jornalistas mortos, correspondentes dessa guerra e, entre os que sobraram, muitos foram sequestrados ou obrigados a publicar matérias feitas pelos próprios cartéis de drogas. Enquanto isso, Calderón investiu pesado em armas de fabricação nacional e veículos blindados para o auxílio no combate aos cartéis e, mesmo assim, em quatro anos de combate às drogas, as regiões de cultivo de maconha e papoula (para produção do ópio) aumentaram em 50%. Uma grande concentração de poder dos narcotraficantes está na mexicana Ciudad Juárez, sendo considerada a cidade mais violenta do México, totalmente dominada pelos cartéis, de forma que, mundialmente, fica atrás de Darfur no Sudão e Mogadiscio na Somália. Dos quase 30 mil homicídios ocorridos durante seu governo, apenas 5% foram desvendados e de todas as acusações de ligação ao tráfico, 10% resultaram em condenações. Os juízes que assinam qualquer condenação contra agentes do tráfico são marcados e podem vir a ser assassinados posteriormente, como aconteceu com muita frequência durante o mandato de Calderón. Isto resultou no “Projeto de Política dos Juízes sem Rosto”, onde os juízes assinariam as sentenças sem revelar os nomes dos prolores, mantendo suas identidades preservadas (MAIEROVITCH, 2010).

Não foram constatados resultados relevantes na questão do combate ao uso e produção de drogas ilícitas na América Latina. Na verdade, a distância da realidade em relação às metas do fim do consumo só aumentou. A América Latina tem o título de maior continente produtor e exportador de maconha e cocaína no mundo e está se potencializando na produção do ópio e heroína, além dos primeiros investimentos em laboratórios especializados na produção das drogas sintéticas. Em toda a América Latina, foi constatado um aumento no número de con-

sumo, enquanto que na América do Norte e Europa, os níveis se estabilizaram. É urgente que se revisem as políticas das drogas na América Latina, já que os custos humanos são elevados, além das ameaças às instituições democráticas.

Assistimos nas últimas décadas a: um aumento do crime organizado, tanto pelo tráfico internacional como pelo controle dos mercados domésticos e de territórios por parte dos grupos criminosos; um crescimento da violência a níveis inaceitáveis, afetando o conjunto da sociedade e, em particular, os pobres e jovens; a criminalização da política e a politização do crime, bem como a proliferação de vínculos entre ambos, que se reflete na infiltração do crime organizado nas instituições democráticas; a corrupção dos funcionários públicos, do sistema judiciário, dos governos, do sistema político e particularmente, das forças policiais encarregadas de manter a lei e a ordem (COMISSÃO, 2012, p. 7).

Na América Latina, a política de “Guerra às Drogas” não tem surtido muito efeito, principalmente nos três países que mais produzem a cocaína, Peru, Colômbia e Bolívia, que juntos totalizam quase toda a produção mundial do ilícito. Os Estados Unidos apoiaram os planos articulados pelos três países para o combate ao narcotráfico e ao uso de drogas ilícitas, além da tentativa de redução das áreas de plantio de coca. O país em destaque nesse meio foi a Colômbia, que implantou o Plano Colômbia com os seguintes objetivos: combater o narcotráfico, terminar com os conflitos armados, revitalizar a economia e criar novas alternativas para os produtores, como forma de diminuir o número de hectares de plantio da droga. Mesmo com todo o investimento dos Estados Unidos, as principais metas do Plano Colômbia não foram alcançadas. Segundo dados da UNODC, houve uma flexibilidade na produção total no mundo, porém sempre mantendo a produção suficiente para a demanda global.

A Colômbia, dos três países, sempre teve a menor produção de coca, porém houve uma maior participação na porcentagem de produção nas últimas duas décadas. Sua área de plantio em 1990 era, aproximadamen-

te, de 37 mil hectares, enquanto que o Peru possuía mais de 150 mil hectares, e a líder de produção, a Bolívia, possuía 210 mil hectares de plantio. Em 2000, a Colômbia chegou ao seu auge de produção da coca, com mais de 150 mil hectares de cultivo; o Peru, um pouco mais que 200 mil hectares; e a Bolívia, também, porém em um ritmo menos acelerado de crescimento no plantio da droga, com cerca de 220 mil hectares de produção. Outra pesquisa feita pela UNODC mostra que em 2007, com todo o investimento na política de “Guerra às Drogas”, o número de hectares da produção de coca diminuiu pouco (COMISSÃO, 2012).

Com as políticas de “Guerra às Drogas”, os países consumidores e produtores das drogas começaram a aprisionar pessoas com qualquer envolvimento com o tráfico e o uso, porém, para isso, era necessário apreender drogas como prova para que se julgasse o traficante.

Mesmo com o aumento do número de apreensões, o preço da cocaína não aumentou, pelo contrário. Em 1982, nas compras em atacado superior a 50 gramas ou mais, o valor da grama da mais pura cocaína nos Estados Unidos custava 200 dólares, porém, se a compra fosse feita no varejo, ou seja, 2 gramas ou menos, o valor da grama da pura cocaína saía por 600 dólares. Em 2003, os valores da grama da cocaína pura nos Estados Unidos eram quase os mesmos. No varejo, a grama custava 100 dólares e no atacado, 50 dólares, quase o mesmo valor, compensado ao da venda, tanto para os grandes traficantes quanto para os usuários de todos os dias, já que, com o valor da cocaína no varejo mais baixo, os usuários não precisavam de muito dinheiro para manter seu uso constante. Apesar de todos os gastos que os Estados Unidos tiveram na pressão aos países exportadores da cocaína, os preços abaixaram, a oferta do produto continuou, o que prova a ineficácia da política de “Guerra às Drogas” (COMISSÃO, 2012).

Mesmo com a política de “Guerra às Drogas”, patrocinada pelos Estados Unidos, os lucros do tráfico são muito maiores que qualquer outra forma de exportação e refinamento de produto. Na Colômbia, o quilo da folha de coca (matéria-prima mais básica na fabricação da co-

caína) na porta da fazenda de um produtor sai, em média, 300 dólares o quilo e da pasta base de coca no mesmo produtor sai por 900 dólares. A cocaína hidrocloreídrica na fase de exportação, nesse caso, saindo da Colômbia, sai por 1.500 dólares o quilo, quando chega aos Estados Unidos, vale 15 mil dólares. A cocaína com 67% de pureza, se comprada com o fornecedor nos Estados Unidos, sai por 40 mil dólares o quilo, e se comprada no varejo, vai para 150 mil dólares (COMISSÃO, 2012).

Isso prova que os programas de erradicação não tiveram resultados satisfatórios no combate à produção de cocaína na América Latina. O único resultado efetivo foi a mudança dos centros de produção da folha de coca. Até 1990, o Peru e a Bolívia detinham a produção de 80% da folha de coca no mundo. Para agregar valor, eles a processavam em pasta e transportavam por meios aéreos até a parte amazônica situada na Colômbia, onde era misturada com outros componentes químicos e resultava no pó da cocaína, para depois ser enviada para os Estados Unidos, que, nessa época, detinham 50% do consumo do ilícito no mundo.

A primeira mudança substancial na localização da produção ocorreu com a redução das áreas de cultivo no Peru e na Bolívia, compensada pelo crescimento da produção na Colômbia, que se tornou o maior produtor mundial. Na Colômbia, parte das áreas cultivadas estava localizada em território sob o controle das FARC - Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia -, que passaram a organizar os produtores e intermediar as vendas da produção. A coca transformou-se em um componente importante da receita do grupo guerrilheiro colombiano. Por sua vez, os grupos paramilitares autodenominados Autodefesas Unidas da Colômbia (AUC), também passaram a participar do negócio da coca (COMISSÃO, 2012, p. 24).

Até 1990, os cartéis colombianos dominavam a exportação da cocaína para os Estados Unidos, porém essas organizações ficaram enfraquecidas. Com a morte e as prisões de narcotraficantes, os cartéis de Medellín e de Cali foram desmantelados, migrando seu controle de

exportação da droga para os cartéis mexicanos. Com a migração do poder, os cartéis mexicanos passaram a dominar a exportação da cocaína e de outros ilícitos para os Estados Unidos e para o mercado europeu (COMISSÃO, 2012).

Nos últimos anos, houve uma estabilização do consumo de drogas no mundo, que até pouco tempo atrás aumentava descontroladamente. Na América Latina, é um pouco diferente, pois o consumo só tende a aumentar, o que causa sérios problemas para as instituições governamentais e para a sociedade que têm que lidar com o tráfico de exportação e o consumo doméstico. Com o aumento da produção e da comercialização de drogas ilícitas, surgem poderes marginais paralelos, o que enfraquece as instituições públicas e a democracia. O grande problema na América Latina é que o comércio de drogas participa relativamente das economias dos países produtores.

A “Guerra às Drogas” têm gerado consequências muito sérias aos países da América Latina, como: o desenvolvimento do crime organizado em regiões onde o Estado não se faz presente, as regiões fronteiriças, a região amazônica, entre outras; a criminalização dos conflitos políticos; a vida pública passa a ser corrompida, principalmente nas esferas policiais, judiciárias e carcerárias; a alienação da juventude, principalmente de origem pobre. Outro ponto importante é o deslocamento de camponeses provenientes de culturas que utilizam a folha da coca, por causa do estigma de suas culturas andinas (COMISSÃO, 2012).

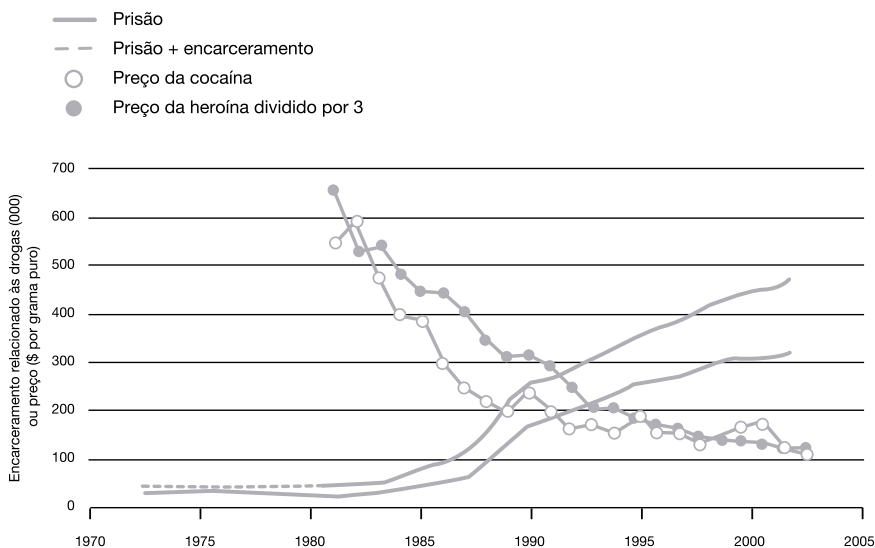
Em relação à violência, a América Latina lidera o *ranking* do número de homicídios juvenis, superando números de países em guerra. O país latino-americano que lidera esse *ranking* é El Salvador, seguido da Colômbia, depois Venezuela, Guatemala e, em quinto lugar, o Brasil. No Brasil, assim como em outros países latino-americanos, há uma relação direta e central entre homicídios, armas de fogo e tráfico de drogas. Nela, as drogas financiam a compra de armas, para que as gangues lutem entre si e com a polícia para a dominação de territórios e do tráfico, o que aumenta o número de homicídios. As favelas são centros

urbanos de aglomeração populacional de maioria pobre, onde o Estado costuma falhar em sua presença, faltando educação, saneamento básico, segurança, saúde, entre outros, e nesse ponto, o tráfico, por meio do crime organizado, consegue se posicionar como autoridade local. Mesmo as favelas não tendo uma segurança pública considerável, parte dos recursos financeiros do tráfico vão para a corrupção do sistema de segurança pública, e, em muitos casos, corrompe outras instituições públicas.

O mercado ilegal de armas de fogo, associado geralmente às drogas, é o maior responsável pelos altos níveis de homicídio, em particular entre os jovens. Embora a violência e a insegurança atinjam todos os cidadãos, as taxas de homicídio são consideravelmente maiores nos bairros em que a renda média é menor e os serviços urbanos são mais deficientes. O comércio de drogas usa sistematicamente a população infanto-juvenil, muitas vezes crianças de 10 anos de idade, muitas delas armadas [...]. Nos Estados Unidos, uma das maiores consequências das medidas repressivas em relação ao tráfico e consumo de drogas, segundo o professor Peter Reuter da Universidade de Maryland, é o grande número de prisões que ocorre todos os anos, totalizando em 2007, meio milhão de prisões (COMISSÃO, 2012, p. 27).

O meio milhão de presos abrange apenas aqueles condenados por venda ou posse de drogas, não incluindo os presos em função de outros crimes relacionados a sua dependência das drogas. Esse meio milhão de presos é 12 vezes maior que em 1980, porém não há estudos específicos mostrando a evolução do número de presos no sistema penitenciário estado-unidense. Um adulto preso geralmente significa uma família abandonada e a reprodução da violência pelo abandono dos filhos mais novos, causando sérios prejuízos à sociedade em geral. O crescimento do número de presos passa a ser desproporcional à valorização das drogas ilícitas no mercado global, já que os preços têm diminuído muito nos últimos 25 anos, como mostra o gráfico:

Gráfico: Encarceramento relacionado às drogas e ao preço de varejo da cocaína e heroína, nos Estados Unidos



Fonte: REUTERS, Peter. **Assessing U.S. drug policy**. Maryland: School of Public Policy and Department of Criminology University of Maryland, 2008.

Nos Estados Unidos, as políticas de opressão causaram tantas prisões que hoje é o país com a maior população carcerária do mundo. Os gastos do Estado para manter os prisioneiros nas cadeias são muito altos para o governo, já que o dinheiro gasto com um preso poderia ser empregado no tratamento de 200 usuários de drogas ilícitas. Para o julgamento e prisão de uma pessoa, os custos são calculados em 150 mil dólares; para prover uma vaga adicional no sistema prisional já sobrecarregado, dependendo da jurisdição, o custo sai entre 50 mil a 150 mil dólares; o custo de manutenção média de um preso por ano é de 30 mil dólares, levando em conta que o preso fique apenas cinco anos, o valor sai por 150 mil dólares, somando tudo, o valor é de 450 mil dólares gastos em cinco anos com um presidiário. Se dos 500 mil presos por envolvimento com drogas nos Estados Unidos, apenas 300 mil fossem condenados a uma pena mínima de cinco anos, eles custariam ao Estado o total de 135 bilhões de dólares (COMISSÃO, 2012).

No dia 2 de julho de 2008, o jornal *The New York Times* fez um editorial intitulado *Not Winning the War on Drugs* (Não Vencendo a Guerra às Drogas) que representava outra forma de se pensarem as políticas de drogas, afirmando que:

O próximo governo, acima de tudo, deve se esforçar muito mais no sentido de frear a demanda, gastando mais dinheiro em tratar viciados e usuários, ao invés de prendê-los. Tribunais de drogas – cujas condenações estão sempre relacionadas à métodos e períodos de tratamento para usuários – ainda lidam com uma pequena fração dos casos de drogas no sistema judiciário. O número desses tribunais deve ser substancialmente aumentado (COMISSÃO, 2012, p. 30).

O ideal é que as forças armadas e a própria polícia aumentem seus recursos e esforços contra o crime organizado e contra o tráfico de armas. Seu foco deve ser o desmantelamento de organizações internacionais e nacionais criminosas que trazem consigo uma imensa rede de tráfico de drogas, tráfico de armas e lavagem de dinheiro. É muito desperdício de tempo, dinheiro e recurso, quando as forças armadas focam seus esforços em combater o uso de drogas, combater o dependente, tratando-o como bandido, usando de recursos limitados do poder público para essa luta, o que, muitas vezes, acaba por abrir brechas à corrupção dentro das próprias organizações de segurança pública.

2.2.2 O proibicionismo e a desumanização dos sujeitos sociais

Karam (2010) cita problemas causados pela política de proibição como sanitários e sociais. Segundo a pesquisadora, não são as drogas que causam a violência, e sim a proibição, já que, quando as medidas repressivas entram em vigor, há um maior preconceito por parte da sociedade em relação ao usuário; não há controle nenhum sobre a qualidade e higiene das substâncias consumidas; dificulta-se a busca por assistência e também se cria uma atração pelo proibido, o que estimula o consumo principalmente em adolescentes e jovens. Sempre foram

consumidos psicoativos de todos os tipos pela humanidade e isso não mudará independente de políticas de proibição do consumo. Em um ambiente de legalidade, as pessoas estarão muito mais protegidas, tendo mais possibilidades de usar tais substâncias de forma menos arriscada e mais saudável. Um exemplo são as casas de uso seguro em diversos países que possibilitam o contato do usuário com os serviços públicos de saúde, assistência e diminuem as possibilidades de reprodução da violência pelo usuário. Quando marginalizado e escondido, esse mesmo usuário é praticamente empurrado para o crime e à violência, sendo também um obstáculo para o uso seguro e a abstinência.

No Brasil, os adolescentes são as maiores vítimas desse sistema, já que colocados como traficantes enfrentam forças policiais e outros “traficantes” que podem tomar seu poder de mercado (boca de fumo). Por essas razões, não vivem muito e acabam sendo substituídos por outros em igual ou pior situação social. Os que sobrevivem a esse sistema por mais tempo acabam superlotando as prisões brasileiras.

Polêmica, Karam (2010) vai mais longe ao refletir sobre causas sociais e raciais dessa guerra. Ela afirma que é o racismo que conduz à guerra às drogas nos EUA. Dentro dessa perspectiva, pesquisas mostram que nesse país, 13% dos envolvidos com drogas (usuários e traficantes) são negros, e o problema é que 37% de todos os capturados por envolvimento com drogas são negros. De todos os presos em prisões estaduais relacionados ao uso ou tráfico de drogas, 60% são negros, quanto às violações das leis federais sobre drogas, 81% dos acusados são negros. Nos Estados Unidos, a cada cem mil habitantes, 6.642 negros são encarcerados, número de prisões superior ao maior regime racista da história, a *apartheid* na África do Sul, onde a cada cem mil habitantes, 851 presos eram negros.

O Brasil está em um processo de decadência em relação às políticas de proibição. Segundo Maierovitch (2011), são as principais causadoras dos problemas sociais e sanitários de saúde pública que envolvem o uso, principalmente das drogas mais pesadas como o *crack*, culminando em lugares de uso irregular como as chamadas “cracolândias”.

O desatino maior deu-se na capital de São Paulo, onde o prefeito Gilberto Kassab já promoveu, com o auxílio da polícia, a internação compulsória de usuários frequentadores da Cracolândia, localizada na degradada zona central. Depois de obrigados a se desintoxicar em postos de saúde, os dependentes voltaram rapidamente à Cracolândia para novo consumo. Quanto à polícia paulista, revelou-se incapaz de interromper a rede dos seus fornecedores de crack (MAIEROVITCH, 2011).

O objetivo da prefeitura de São Paulo, segundo Maierovitch, é limpar a área central para uma possível reurbanização, porém, com a imposição das forças policiais, os frequentadores do local se dirigiram para bairros vizinhos como o Higienópolis. O problema é que o bairro é composto de uma população muito rica, o que pressiona o poder público a tomar alguma decisão, mesmo a de repressão, desde que o bairro não se transforme em uma nova “cracolândia” (MAIEROVITCH, 2010). A “Guerra às Drogas” e seus desdobramentos políticos e ideológicos dão continuidade aos preconceitos étnicos e de classe, autorizando a repressão aos pobres e aos negros, que pagam de forma muito mais perversa as contas dessa guerra.

2.2.3 O mundo em mudança: de uma legislação proibicionista para uma legalização humanizadora

Karam (2010) defende a necessidade da legalização da produção, do comércio e do consumo de drogas, para que se evitem problemas como violência e restrições à liberdade, provocados pelas políticas de proibição. Na Argentina, em 25 de agosto de 2009, a suprema Corte tomou a decisão de declarar a inconstitucionalidade da criminalização do uso pessoal de substâncias ilícitas. Essa foi uma importante fase na evolução constitucional do país. Ela acredita que o Supremo Tribunal Federal (STF), por ser a maior força judiciária do Brasil, pode criar mais espaço para que essas leis fundamentais dos direitos humanos sejam respeitadas e aplicadas, já que, na Constituição, essas leis são garantidas, trazendo a criminalização do uso de drogas para o nível anticonstitucional.

A descriminalização da posse para uso pessoal das drogas ilícitas é um imperativo derivado da necessária observância dos princípios garantidores dos direitos fundamentais inscritos nas declarações internacionais de direitos e nas constituições democráticas. A posse de drogas para uso pessoal é uma conduta que não atinge concretamente nenhum direito de terceiros. É uma conduta privada que não pode sofrer qualquer intervenção do Estado. Em uma democracia, a liberdade do indivíduo só pode sofrer restrições quando sua conduta atinja direta e concretamente direitos de terceiros (KARAM, 2010).

Nada disso adianta sem que as leis de proibição ao comércio e uso de drogas passem por mudanças. Devem ser colocadas em um ambiente de legalidade, para que problemas como violência, violação dos direitos fundamentais de liberdade e problemas relacionados à saúde não sejam amenizados, minimizando os problemas sociais advindos do uso de drogas.

São três convenções que dão base à atual política de controle das drogas ilícitas e são baseadas no Direito Internacional. A primeira delas, de 1961, foi muito importante, já que destacou a permissão do uso de entorpecentes considerados ilícitos apenas para fins medicinais e de pesquisa, mas se fosse para outro fim, seria qualificado como crime. Das Políticas derivadas das convenções da ONU sobre o controle de drogas ilícitas, algumas metas foram criadas, como acabar com o consumo de ópio em 15 anos e da maconha em 25. O problema dessas políticas é que seus sistemas de controle se baseiam na sanção, punição e repressão (COMISSÃO, 2012, p. 17).

Quanto ao consumo, os princípios adotados deixam espaço para iniciativas de despenalização ou descriminalização dos usuários, embora elas continuem sendo ilegais. Os países signatários da Convenção podem, desta forma, ser flexíveis no tratamento dos consumidores, embora devam combater a produção e a comercialização de drogas ilegais.

Vale a pena explicar as três convenções da ONU. A primeira, em 1961, a Convenção Única sobre Entorpecentes, estruturou o Regime

Internacional de Controle de Drogas, que formou regras e práticas a serem seguidas pelos países signatários, dentre elas: Quais substâncias e seus consumos devem ser fiscalizados (ópio, maconha e cocaína). A segunda Convenção, de 1971, teve seu foco nas substâncias psicotrópicas e ocorreu para lidar com o controle da preparação, do uso e do comércio de novas drogas, como anfetaminas, dietilamida do ácido licérgico (LSD), entre outras de origem sintética que estavam aparecendo nos anos de 1960 e 1970. A terceira convenção ocorreu em 1988, e foi para o combate ao Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas e Substâncias Psicotrópicas, quando foram debatidos, além do combate ao tráfico de drogas, o controle de substâncias que não eram perigosas, porém eram usadas na produção das drogas, e essas substâncias eram chamadas de precursores. Outro tema muito abordado nessa Convenção foi o combate à lavagem de dinheiro. Essa convenção representou a maior das expectativas de que, a partir do combate efetivo em relação aos produtores e comerciantes, seria possível se chegar ao fim do consumo de drogas e atingir as metas da primeira Convenção.

O número de usuários de maconha no mundo atualmente é de aproximadamente 160 milhões de pessoas e, sem dúvida, é a droga ilícita mais consumida. Totalizam-se 208 milhões de pessoas no ano de 2010 que já usaram alguma droga ilícita. Desse total, 15% têm algum tipo de dependência das drogas. Hoje, com a facilidade do acesso às drogas sintéticas, como o *extasy* e anfetaminas, já superaram em consumo a heroína e o ópio. Todo esse negócio do tráfico internacional de ilícitos gera centenas de bilhões de dólares para os traficantes (COMISSÃO, 2012).

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (ONODC) concluiu, em seu último Relatório Mundial Sobre Drogas, que a aplicação das políticas formuladas nas Convenções das Nações Unidas produziu muitos problemas inesperados. A criação de um mercado negro para o crime organizado é um dos resultados das políticas sobre drogas e, com a repressão, os locais de produção mudaram de lugar, mantendo estável a oferta de drogas. Outro problema que a repressão causou foi a relativização dos preços das drogas, fazendo com que ou-

tras drogas aumentassem a demanda. O maior problema que as políticas de repressão causaram foi o processo de estigma em relação ao usuário, tornando-o marginalizado e criminoso, não deixando opções de tratamento (COMISSÃO, 2012).

Os custos para manter a proibição se mostram bastante elevados. O Relatório do UNODC subestima o que denomina de consequências com o narcotráfico produzindo incrementos enormes nos níveis de violência. Ele corrompe as instituições e a democracia; transforma milhões de pessoas que moram em bairros pobres em reféns do crime organizado. Empurra os dependentes de drogas a utilizarem seringas transmissoras de HIV e outras doenças contagiosas. As convenções internacionais desconhecem formas ancestrais de utilização da coca, criminalizando culturas e povos. Em muitos países, as penalidades são desproporcionais, causando o encarceramento e, em alguns casos, execuções (COMISSÃO, 2012, p. 20).

A legislação proibicionista produz violência, crime, marginalidade, sofrimento e doenças. Maierovitch (2010) cita o pesquisador Françoise Barre Simousse, Nobel em Medicina, por isolar o vírus HIV, que defende a implantação das narcossalas (salas de uso seguro) em Paris, fazendo frente aos pensamentos da Política de “Guerra às Drogas” adotada pelo presidente francês Nicolas Sarkozy, onde usuários estão sendo presos em grande quantidade. Porém, existe uma resistência em relação à Política antidrogas adotada pela França, que envolve o Conselho Municipal Parisiense e a tentativa da implementação de uma narcossala-piloto em Paris.

Para os membros das respeitadas e francesas Associação Nacional para a Prevenção do Álcool e das Dependências (Ampara) e Associação para a Redução de Riscos (AFR), a “história epidemiológica e a experiência clínica demonstram que o projeto de uma sociedade sem consumo de drogas é ilusório. As posturas proibicionistas e repressivas são inócuas. Isso porque a cura raramente se dá apenas com a abstinência”. A abstinência, frisaram, causa exclusão. Ou seja, afasta dos sistemas de

proteção e de acompanhamento uma parcela frágil e frequentemente marginalizada de consumidores de drogas (MAIEROVITCH, 2010).

O pesquisador Barre Simousse defende que o modelo das narcossalas de Frankfurt, implementado em 1994, seja incorporado para a França. O sucesso das narcossalas foi tão grande que a experiência se espalhou para outras cidades alemãs, além de outros países europeus como Espanha e Holanda, além dos EUA, que já tem narcossalas com produtos similares à cocaína. Em Frankfurt, foram tratados seis mil usuários moradores de rua. Em 2003, na cidade de Frankfurt, o número de toxicodependentes já tinha caído pela metade, e era uma média de atendimento de quinze usuários graves por dia, com um custo mensal de 350 euros por intervenção.

O sistema alemão de Frankfurt oferece acolhida aos que vivem marginalizados e em péssimas condições de saúde e econômicas. Sem dúvida, virou uma forma de aproximação, incluindo cuidados médicos, informações úteis e ofertas de formação profissional e de trabalho. Nas oito cidades alemãs e entre os usuários dos programas de narcossalas, caiu o índice de mortalidade em virtude da melhora da qualidade de vida. E pesquisas anuais sepultaram a tese de que as narcossalas poderiam estimular os jovens a ingressar no mundo das drogas (MAIEROVITCH, 2010).

As federações da indústria e do comércio alemãs apoiaram os programas de narcossalas investindo um milhão de euros. Para muitos, essas narcossalas melhoraram a qualidade de vida de usuários que não querem ou não conseguem se livrar da dependência. Estarão à disposição para o uso nas salas seguras: médicos e enfermeiros, além de psicólogos, todos de plantão, porém existem dois lados negativos na implantação dessas salas de uso seguro. O primeiro lado negativo é o conforto em usar doses regulares, sem nenhum tipo de pressão, podendo retardar a opção pelo tratamento real da dependência. O segundo ponto negativo é a permanência de traficantes nas imediações das salas, preparados para vender uma segunda dose aos que saem das

salas sem poder consumir mais, já que existem quantidades específicas para o uso seguro nas salas. Mesmo com os dois problemas citados, os benefícios das salas são muito superiores (MAIEROVITCH, 2010).

A União Europeia atestou a diminuição do consumo de drogas em Portugal em função de mudanças nas leis, depois que foram coletadas informações e dados do Observatório Europeu para as Drogas e a Toxicodependência, logo após a implantação de leis que colocaram o uso de drogas ilícitas não como passível de crime penal, mas como infração administrativa.

Vários países estão revendo seus conceitos sobre as políticas adotadas no combate às drogas, inovando em políticas mais voltadas à descriminalização do usuário, aliada à política de redução de danos. As políticas de redução criam estratégias que visam a tratar o consumidor de drogas não mais como um criminoso que deva ser castigado, mas como uma pessoa que necessita de tratamento tanto psicológico quanto químico, passando a ser um problema de saúde e não de segurança ou de uma moral punidora. Inicialmente, os países tinham como objetivo a distribuição de seringas, agulhas, camisinhas e cachimbos para uma diminuição do compartilhamento das seringas entre usuários, diminuindo assim os fatores de risco em relação a doenças contagiosas como AIDS e hepatite. Com o tempo, essas políticas foram ampliadas, incluindo tratamento para pessoas dependentes. A redução de danos chega ao Brasil como estratégia de controle de doenças epidemiológicas, implantada pelo Ministério da Saúde em todo o país e produzindo internamente uma força política contrária ao proibicionismo.

A despenalização, como o ato de diminuir a pena de um ilícito sem descriminalizá-lo, quer dizer, sem tirar do fato o caráter de ilícito penal, tem sido objeto de novas legislações em todo o mundo. Nesse caso, a proibição do porte e uso dos ilícitos continua vigente no Direito Penal, porém deixa de ser sancionado com a privação da liberdade. O problema é que mesmo com a despenalização, o caráter criminal continua, o que gera um poder ilimitado às forças policiais, podendo muitas

vezes ser usado para chantagear usuários, processo esse muito comum em países da América Latina, onde as forças policiais são bastante corruptas (COMISSÃO, 2012). No Brasil, desde 2006, não se prendem mais os usuários, mas muitas vezes estes passam por situações vexatórias e de tortura quando são pegos usando drogas ilícitas.

Já que apenas a despenalização não parece trazer tantos benefícios perante a criminalização, a solução seria a descriminalização aplicada apenas para os usuários:

A descriminalização retira o *status* de lei criminal daqueles atos aos quais se aplica. Isso significa que certos atos deixam de ser considerados crimes. Em relação às drogas, geralmente se refere à demanda; atos de aquisição, posse e consumo. De acordo com a descriminalização, ainda é ilegal usar, possuir, adquirir ou em alguns casos, importar drogas, mas esses atos deixam de ser crime. Entretanto ainda podem ser aplicadas sanções administrativas; essas podem ser uma multa, suspensão da licença de dirigir ou do porte de armas, ou apenas uma advertência. Ao contrário, a legalização é o processo de trazer para o controle da lei uma atividade específica que foi previamente ilegal e proibida ou estritamente regulada (COMISSÃO, 2012, p. 32).

A união das políticas de descriminalização ou despenalização com as políticas de redução de danos têm surtido muitos efeitos nos países que conseguiram inovar na união dessas duas políticas. Com exceção da Suécia e da Grécia, na maioria dos países europeus, a posse de pequenas quantidades de maconha não é considerada crime. O que ocorre é uma distinção das drogas pesadas e das fracas, tanto na questão relacionada apenas ao consumo, quanto ao comércio ilegal dessas drogas, que, na maioria dos países, o comerciante de drogas pesadas é condenado a penalizações severas. No Brasil, ainda se vê uma propagando alardeando o uso de drogas como se todas fossem iguais e o uso de maconha equivalente ao uso de *crack*.

Portugal, Espanha e Itália são exemplos de países que descriminalizaram a posse de drogas ilícitas para uso pessoal, porém, os por-

tadores estão sujeitos a multas que podem ser retiradas caso o usuário aceite aderir ao tratamento. A Espanha foi além e permitiu aos usuários de maconha o cultivo da droga em suas casas, limitado apenas ao suficiente para o próprio consumo (COMISSÃO, 2012).

Na Suíça, a política das drogas é fundada em quatro pilares: prevenção, tratamento psicológico, redução dos riscos e repressão. A posse de qualquer droga para o uso individual é tratada como uma contravenção, que é sujeita a sanções administrativas. O senado havia aprovado uma lei em 2001 que permitia o uso e posse da maconha para maiores de 18 anos, porém, essa lei foi derrubada recentemente em um referendo e por poucos votos da Câmara dos Deputados. Mesmo com o fim do projeto de lei, a maconha é tolerada pela polícia e pode ser encontrada de forma muito acessível. Outra droga cujo uso foi despenalizado é a cocaína, mas pode ser consumida apenas por prescrição médica (COMISSÃO, 2012).

A Holanda é um país muito conhecido também por sua liberdade em relação ao uso de drogas, mais especificamente da maconha. Seu consumo foi despenalizado, porém longe das áreas públicas, podendo ser consumida nos famosos *coffeeshops*, que têm licença especial para a venda e uso de pequenas quantidades de maconha. Em princípio, o governo queria permitir o uso da droga, desassociando-a de outras drogas mais pesadas. A venda e o consumo da droga nos *coffeeshops* estão disponíveis desde 1976, porém há alguns questionamentos em relação à sua permanência. Isto porque há um incômodo gerado por turistas em busca da droga e também a criação de grupos de narcotraficantes nas imediações com a intenção de vender drogas pesadas para turistas. Outra droga descriminalizada para o uso foi a heroína, porém apenas com prescrição médica e o consumo deve se resumir nas salas de uso seguro (COMISSÃO, 2012).

Luxemburgo também descriminalizou o uso e porte da maconha para sua população em 2001. A partir dessa época, os problemas que fossem relacionados ao uso, aquisição e plantio da droga seriam tratados com sanções administrativas (COMISSÃO, 2012).

O uso da maconha foi descriminalizado na Bélgica desde 2002, onde os processos penais e prisões só acontecem quando há uma grande perturbação da ordem pública associada ao uso da droga. Na Irlanda, uma lei semelhante vigora há alguns anos e, no Reino Unido, está sendo adotada (COMISSÃO, 2012).

A Alemanha foi mais longe à descriminalização, permitindo o consumo e porte de todas as drogas, porém com peso limite que é estabelecido por Estado. De 1994 a 2010, foram abertas 50 salas de uso seguro de heroína com supervisão médica. Em 2002, foi iniciado um programa de disponibilização de heroína para usuários altamente dependentes (COMISSÃO, 2012).

Na Dinamarca, o que surpreende é a presença policial inteligente, já que a posse de pequenas quantidades de maconha é tratada com uma simples advertência policial. Já a cocaína e a heroína são tratadas pela lei com advertência e apreensão. Nesse caso, a própria polícia considera um erro apreender a dose da droga, já que os riscos de que o usuário cometa um crime para recuperar dinheiro para consumir a dose perdida podem custar muito mais caro ao Estado e à sociedade civil do que ao problema do uso das drogas (COMISSÃO, 2012).

Na França, o poder de decisão entre dar apenas uma advertência por ser a primeira infração, aplicar as penalidades criminais ou encaminhar para tratamento está nas mãos da própria fiscalização. Em 1999, uma diretrix do Ministério da Justiça francês decidiu que não seria viável casos de usos individuais de drogas, apenas os que tivessem um agravante criminal e que este resultasse em prisão apenas em último caso (COMISSÃO, 2012).

O governo russo, em 2004, aprovou uma lei que substituiu a prisão de usuários por multas, porém isso vale apenas para os casos que envolvam posse de no máximo duas doses. Ressalta-se que o governo da Rússia percebeu o aumento do turismo das drogas na Holanda e, para se garantir, veta a entrada de estrangeiros que no passado tenham se envolvido com drogas em território nacional (COMISSÃO, 2012).

O Canadá tem demonstrado uma política bastante flexível em relação ao uso de drogas. Uma proposta foi colocada por uma comissão do Senado canadense legalizando o uso da maconha, além da realização de reformas nas áreas de saúde pública relacionadas ao uso das drogas (COMISSÃO, 2012).

Outro exemplo fundamental e relevante são os Estados Unidos, que, mesmo sendo o grande financiador da “Guerra às Drogas” no mundo, também têm várias legislações menos punitivas em relação ao uso de drogas consideradas leves. O Estado americano de Oregon, em 1973, permitiu que a posse de 30 gramas de maconha fosse punida não mais como um crime e sim como uma violação civil, onde o usuário deveria pagar uma multa de 100 dólares. Essa política não foi adotada apenas nesse Estado, e sim em mais dez outros Estados americanos, incluindo o Alasca. Na Califórnia, o processo foi um pouco mais longe, a maconha foi liberada para uso medicinal e já é taxada com alguns impostos, porém esses impostos garantem selo de qualidade ao produto. O Estado de Michigan foi o décimo terceiro a legalizar o uso para fins medicinais, com a justificativa de amenizar o sofrimento causado aos pacientes pelas enfermidades ou mesmo pelo tratamento. Os direitos dos pacientes foram ampliados. Portadores de câncer e de outras doenças, que causam transtornos físicos e psicológicos nos pacientes, podem consumir o produto desde que tenham uma carteirinha de identificação própria para o uso, além de poderem nomear conhecidos ou familiares no papel de ajudantes para receberem uma carteirinha conferindo a estes, direitos de uso e posse do paciente. Essa carteirinha confere-lhes o direito de uso, posse de uma quantidade limitada de 30 gramas da droga e cultivo de 12 plantas de maconha. A lei varia muito também de município para município e um exemplo é a cidade de São Francisco, onde existem estabelecimentos que vendem a droga livremente e, mesmo assim, a polícia raramente intervém nesse comércio (COMISSÃO, 2012).

A Fundação Beckley Foundation argumentou em seu relatório, intitulado *The Global Cannabis Commission Report*, que mesmo a maconha tendo efeitos negativos na vida da pessoa, seja direta ou indire-

tamente, o mal causado por ela ainda é muito menor que o do álcool. A política de legalização da maconha é fundamentada, primeiramente, na educação e consciência do uso da droga, assim como é feito com o cigarro e o álcool. Dos impactos que as políticas liberais causam no consumo em países da Europa e dos Estados Unidos, o aumento do consumo não é um deles. Em nenhum país foi provado o aumento do consumo das drogas depois que as políticas foram implantadas, exceto na Holanda, que houve um aumento no consumo, porém, esse aumento é em função dos estrangeiros que vão para o país em busca da droga liberada (COMISSÃO, 2012).

Na América Latina, alguns países estão implementando ou já implementaram novas políticas de uso de drogas menos severas. Dentre eles, Brasil, Colômbia, Argentina e Venezuela. Na Bolívia, por ser um país de região andina, onde muitos costumes estão ligados ao cultivo e uso da folha de coca, cresce a exigência de respeito em relação a essas tradições, além de serem grandes produtores de cocaína. Em função disso, o atual presidente Evo Morales criou uma política intitulada “Cocaína zero e não coca zero”, cujo cultivo de coca só poderia ser justificado por meio do consumo tradicional de mascar a folha de coca ou fazer infusões; porém, há muitas dificuldades em se fazer valer a lei, já que esse país ainda é uma potência no cultivo da coca para fins ilícitos. Desde 1988, a produção da folha é permitida àqueles que usam apenas para mascar a folha e fazer infusões e é limitada em pouco mais de 12 mil hectares, ou seja, a política de Evo Morales não é inovadora, e sim um realinhamento às novas necessidades do mercado da cocaína e das exigências culturais por parte do povo boliviano. Mesmo a política adotada pela Bolívia em favor do plantio para fins religiosos e de costume não tendo agradado à Casa Branca, a política de cooperação continuou, e a Casa Branca não parou de enviar recursos para a Bolívia combater o narcotráfico. A cooperação só foi suspensa com o Veto de La Paz contra erradicações forçadas (COMISSÃO, 2012).

Nos anos de 1990, o então presidente do Brasil Fernando Henrique Cardoso criou em seu governo a Secretaria Nacional das Drogas

(SND), onde as primeiras políticas sobre o assunto de tráfico e uso de drogas ilícitas foram criadas. Sua função era conciliar repressão, redução de demanda e planos de prevenção. Logo depois, no governo de Luis Inácio Lula da Silva, a Secretaria foi transformada na Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), cujas políticas foram realinhadas com a Lei nº 11.3433, ampliando as políticas de prevenção e medidas socioeducativas, no lugar de penalizar o usuário (COMISSÃO, 2012).

O ex-presidente mexicano Vicente Fox, quando ainda em seu mandato em 2003, disse que, em sua opinião, no México não poderia ser considerado delito uma pessoa portar uma pequena quantidade de droga no bolso. Também ressaltou que um dia a humanidade veria a legalização das drogas como a alternativa mais sensata a ser seguida. Mais recentemente, no mandato do atual presidente Felipe Calderón, o presidente enviou um projeto de lei que descriminaliza pequenas posses de drogas, limitadas em dois gramas de maconha, cinquenta miligramas de heroína, quinhentos miligramas de cocaína e quarenta miligramas de metanfetamina. Seu principal objetivo com esse projeto é continuar sua guerra ao narcotráfico ao mesmo tempo diminuindo a violência nas ruas que causam má impressão do país externamente. A lei busca diferenciar o consumidor, do fornecedor e do produtor (COMISSÃO, 2012).

Na Argentina, o governo prometeu um projeto de lei que descriminalize o consumo de drogas. Segundo o Ministro da Justiça Aníbal Fernández, uma das leis deve conceder a responsabilidade da resolução do problema ao judiciário. A presidente Cristina Kirchner criticou quem julga o dependente sem entender o lado pessoal e social e afirmou que os que realmente devem ser punidos são os fornecedores e produtores dos ilícitos (COMISSÃO, 2012). Existe hoje na Argentina uma jurisprudência a qual recorrem os defensores de usuários de drogas para a despenalização.

Na América Latina, houve nos últimos anos, um aumento da violência associada ao tráfico de drogas, causando um problema muito sério para os cidadãos e para as instituições democráticas. As tenta-

tivas em combater as drogas com repressão e violência nunca deram certo, pois foram apenas medidas paliativas. Porém, a experiência com drogas ilícitas, conseguindo uma diminuição considerável no consumo apenas com conscientização e sensibilização dos usuários, mostrou-se muito eficiente, já que em países como o Brasil, onde houve uma forte campanha contra o uso do cigarro, proibido em locais públicos com aglomeração de gente abolindo toda a propaganda, surtiu um grande efeito (COMISSÃO, 2012).

Não é novidade que a América Latina é uma das regiões mais violentas do mundo. O lucro com a exportação das drogas é o principal financiador do comércio ilegal de armas, responsável por um grande número de jovens mortos em conflitos entre si, com as forças armadas e a polícia, que também passam a ser vítimas da guerra às drogas. Um segundo problema muito comum no continente latino-americano é que o crime organizado consegue penetrar nos níveis mais burocráticos do poder público, corrompendo os próprios fundamentos da democracia (COMISSÃO, 2012).

É notória a relevância do assunto das drogas no continente latino-americano, porém as discussões sobre esses assuntos são colocadas em segundo plano ou estão sendo ignoradas pela própria mídia e pelos eleitores em suas campanhas políticas. É necessária uma discussão profunda nesse sentido, por parte das mídias, das sociedades civis, dos poderes estatais, das organizações não governamentais (ONGs), como aquelas que têm muito a compartilhar, já que muitas estão nessa luta há décadas. A ausência dessa discussão causa problemas, como violência, corrupção do poder público, tráfico de drogas, tráfico de armas, problemas de saúde pública, relacionados às drogas, muito mais difíceis de serem resolvidos.

Na Europa, a maior parte das políticas de despenalização contra usuário tem-se mostrado muito eficaz, por focar na prevenção do uso, na despenalização e descriminalização do usuário, no tratamento destes. Não menos importante, na prevenção dos efeitos secundários, que

são extremamente maléficis à saúde do dependente, por exemplo, o compartilhamento de seringas contaminadas com vírus HIV, entre outros. Por causa da eficiência mostrada no continente Europeu, as políticas relacionadas às drogas passam a compor um modelo a ser seguido na América Latina.

Da parte da mídia, muito deve ser feito para que campanhas de conscientização sobre riscos do uso de drogas possam surtir algum efeito. Programas com audiência devem estar inseridos nessa campanha, assim como os formadores de opinião, jornais, veículos de informação, entretenimento, dentre outros. A mensagem a ser transmitida deve ser mais realista e menos moralista, como é comum no Brasil. Não há dúvida de que se as campanhas focassem as relações reais de vida dos usuários e as diversas formas de uso, sem impor um mito demonizante dos usuários de drogas, o impacto educativo sobre a sociedade seria muito mais eficiente. A saúde pública deve ser o centro do atendimento aos usuários, suas famílias e comunidade, ampliando o atendimento aos dependentes que forem considerados clinicamente doentes e precisarem de tratamento especializado.

Os estudos aqui apresentados não têm pretensão de esgotar o tema, mas demonstrar o desenvolvimento histórico de uma nova política sobre drogas muito mais humana e benéfica para a sociedade, que está em curso em todo o mundo. A realidade demonstra que o problema não é prioritariamente de segurança, mas uma questão eminentemente de saúde e da assistência social, articulado a uma rede de atenção que inclui a educação, a profissionalização, a cultura, o esporte, o lazer, a habitação, a segurança, a comunicação e outros. Para isso é importante que os redutores de danos, que atuam diretamente na articulação do usuário com a rede, tenham uma posição definida sobre o assunto e contribuam na mobilização dessa rede, criando uma realidade social que demonstra por si mesma a necessidade de uma nova legislação, não de guerra, mas de saúde pública.

2.3 Produção histórica da política pública de Redução de Danos

É papel do redutor também defender os direitos dos usuários, que, muitas vezes, são ignorados pela sociedade por causa de suas condições de vida atual. A integração desses usuários junto a suas famílias e também a sociedade é uma das missões mais importantes dos redutores, pois nós é que iremos dar suporte para que eles enfrentem as barreiras para se inserir socialmente e até para parar com o uso abusivo de drogas. Também nós é que iremos reinseri-los junto a suas famílias e sociedade. Esse trabalho é o mais difícil, pois o usuário é malvisto até mesmo pela sua família, pela sociedade, pelas autoridades e outros.*

Historicamente considera-se a primeira política oficial de redução de danos uma Lei da Inglaterra de 1926, que dava aos médicos o direito de prescrever “opiatos” a pacientes adictos de heroína, desde que demonstrado o benefício dessa administração no paciente. Mas foi na Holanda, por volta de 1984, que a redução de danos se efetivou como política pública de saúde. Um grupo de enfermeiras juntamente com organizações *junkies* (grupos de autorrepresentação de usuários de drogas), iniciou o primeiro programa de esterilização de seringas visando ao controle da hepatite, que se alastrava rapidamente entre os usuários de drogas injetáveis. Nessa época, a AIDS passou a ser conhecida em seus aspectos epidemiológicos, incluindo casos de soroprevalência entre usuários de drogas injetáveis. A redução de danos, que tinha um papel importante no controle da hepatite, passou a ter um papel ainda mais relevante no controle da AIDS. As pesquisas realizadas com o intuito de verificar o possível impacto positivo da redução de danos no controle epidemiológico dessa doença confirmavam, consecutivamente, a eficácia dessa prática (STIRSON, 1998; ANDRADE, 1995; 2000; WOODAK; DES JARLAIS, 1994; MESQUITA, 1994; 2000a; 2000b; CAIAFFA, 2001; 2002; BASTOS, 2000; 2003). Em pouco tempo, muitos outros países passaram a investir em programas de redução de

*LUCI RIBEIRO. Redutora de Danos da ERD Ponta Porã, 2012.

danos e, atualmente, a Organização das Nações Unidas (ONU) preconiza a redução de danos como uma de suas políticas oficiais de controle da AIDS e também como política de drogas.

Países como Canadá, Austrália, Holanda, Inglaterra, Espanha, Suíça, Portugal e outros têm desenvolvido políticas públicas que respeitam e descriminalizam os usuários de drogas. Existe uma relação dialética entre o indivíduo usuário e o contexto sócio-histórico que gera programas públicos específicos para prevenção e atendimento a esses usuários. Políticas mais humanizantes inibem a produção da violência em grande escala na sociedade, enquanto as políticas discriminatórias acentuam a violência social.

No Brasil, a primeira experiência aconteceu em Santos, no início dos anos de 1990 e foi abortada por problemas legais. Em 1994, o Ministério da Saúde formalizou a redução de danos como política oficial de controle da AIDS. Iniciou-se então, a implementação dos programas de redução de danos em Salvador, Rio de Janeiro, Santos e Porto Alegre. No início de 2003, o Ministério da Saúde confirmou a existência de 160 projetos de redução de danos em todos os Estados do País e a intenção de ampliar e aprofundar esses serviços garantindo sua sustentabilidade por intermédio do SUS. Com a consolidação dessa política de saúde pública, no âmbito nacional, cria-se um novo profissional denominado “reduzidor de danos”, que são os agentes de saúde devidamente capacitados para abordar usuários de drogas e desenvolver atividades de educação sanitária e inclusão social com esse segmento.

A RD age de maneira diversa dos programas convencionais de atendimento a usuários de drogas, que condicionam o atendimento à abstinência do usuário. Ao aceitar que os usuários continuem usando drogas, acessam um grande número de usuários que não são atendidos pelos métodos tradicionais e interferem apenas no sentido de que esse uso cause sempre menos prejuízos à saúde do usuário e da comunidade em geral.

Um clássico exemplo utilizado por Pat O'Hare⁵ e descrito por Andrade (1995, p. 31), para explicar o sentido filosófico da redução de danos, é o da criança brincando perigosamente no balanço. Ao invés de balançar, a criança torce as cordas do balanço, sentada, e com o peso do seu corpo o balanço desvira rapidamente. Acontece que a criança, ao virar no balanço, passa com seu rosto muito próximo da barra de ferro que sustenta o balanço. Se a criança for proibida pelo adulto de virar perigosamente no balanço, possivelmente, quando ninguém estiver por perto, vai retornar à brincadeira. Uma atitude de redução de danos seria, ao invés de proibi-la, ensiná-la a encolher a cabeça para que tenha reduzida a possibilidade de causar um “dano” em sua cabeça. Essa é a mesma lógica do cinto de segurança e do capacete utilizado para proteger de danos quem está em um veículo em movimento. O ideal é que não ocorra algum acidente, mas, se ocorrer, os riscos de que cause algum dano serão diminuídos.

A tônica central da redução de danos, de não reprimir o uso, mas orientar o usuário para evitar possíveis danos, demanda uma ação educativa que, via de regra, contraria os interesses corporativos e materiais de grupos que se beneficiam economicamente por meio de políticas de saúde e segurança. Desde o início da Modernidade, o modo de produção capitalista tem utilizado a problemática do uso de drogas como um mecanismo gerador de lucros (BARATA, 1994).

No final da Idade Média e início do Renascimento, o controle social exercido por meios coercitivos, como a prisão, os sanatórios, os orfanatos e outras instituições de internação, foi largamente reproduzido por todo o mundo civilizado (FOUCAULT, 1999; 1997)⁶. Na rea-

5 Pat O'Hare foi um dos responsáveis pela implantação da política de RD no Reino Unido.

6 Utilizamos aqui a referência das obras de Foucault no sentido de que elas são clássicas sobre o assunto tratado: *Vigiar e Punir*, sobre a produção histórica da prisão na era moderna e *Histórica da Loucura na Idade Clássica*, sobre a produção histórica dos mecanismos de tratamento dos loucos. Isso não significa que utilizaremos o referencial filosófico do autor, porque esse não é compatível com o referencial adotado nesta pesquisa.

lidade, o que se objetivava não era resolver o problema, mas esconder o problema entre “quatro paredes”. Esse modelo gerou um sistema de exploração comercial da demanda de atendimento aos problemas advindos da loucura e do uso de substâncias psicoativas, constituindo uma verdadeira indústria da doença mental, movida muito mais pelos interesses de lucro do que propriamente de saúde pública. É importante compreender a relação dialética que existe entre mercado e consumo em que um lado é ao mesmo tempo determinado e determinante do outro.

A produção não se limita a fornecer um objeto material à necessidade, fornece ainda uma necessidade ao objeto material. [...] A produção engendra, portanto o consumo (MARX, 1974, p. 116).

Por exemplo, o consumo de cigarro gera a implantação de uma indústria de cigarros em um primeiro momento. Com o desenvolvimento histórico dessa relação entre produção e consumo, a indústria é que passa a determinar o consumo, a especificidade de cada paladar, cuja marca utiliza o desejo subjetivo produzido intencionalmente pelos interesses da indústria. Desta mesma forma, a indústria da internação de usuários de álcool e outras drogas, com seus interesses de mercado, passa a determinar a produção social de usuários problemáticos para suprir seus interesses. O “doente” passa a ser visto apenas como um consumidor e os serviços como um produto, tudo tendo em primeiro plano o lucro, que é o objetivo maior de qualquer empresa capitalista, ou, no máximo, a consolidação de uma possibilidade de trabalho integrado ao mercado.

A mesma reflexão serve para compreender a relação entre a política de guerra às drogas e os usuários de drogas. São formas de comportamento social aparentemente antagônicas, mas que se produzem reciprocamente uma a outra. Um bom exemplo dessa relação dialética entre contrários foi dado por Michael Moore no seu filme “11 de Setembro”, onde o diretor denuncia a reciprocidade de interesses entre George Bush e Osama Bin Laden. A política imperialista dos Estados Unidos fortalece e justifica os ataques terroristas de Bin Laden e os

atentados de Bin Laden fortalecem e justificam os meios, como a guerra e a censura, imposta, por Bush. Essa é uma das estratégias da política de guerra gerada pela necessidade de manutenção do crescimento do capitalismo que, quando não tem para onde crescer, destrói para poder reconstruir. O próprio mercado induz à criação de um imenso aparato militar que interage nas demais esferas sociais, provocando a violência social que diz combater.

É o caso do “complexo industrial militar”: um campo de imensa dissipação de riqueza, sustentado pela constante criação de novos “inimigos”, se possível do tamanho da ex-União Soviética. Ou seja, a razão da existência do “complexo industrial militar” não é o militarismo em si, mas a necessidade crescente de destruir riquezas numa sociedade dominada pela expansão do capital (MÉSZÁROS, 1997, p. 151).

O tráfico de drogas é o inimigo maior dos Estados Unidos na América Latina, justificando a instalação de um imenso aparato militar que corrompe os poderes locais e produz uma cultura de guerra. A política de guerra às drogas, além de produzir pontualmente algumas situações de guerra, influencia os países do continente a adotarem políticas repressivas, que não funcionam, em detrimento de políticas sociais, provocando o acirramento da violência de forma generalizada e um imenso mercado para atender a demanda gerada pela violência.

A indústria da segurança é uma das que mais crescem: cercas elétricas, seguranças pessoais, viaturas, armamentos, sistemas de alarme, monitoramento de imagens, todo o tipo de empresas de segurança e uma imensa parafernália que tem um custo alto para quem paga e uma grande lucratividade para as empresas que vendem. A política de guerra às drogas gera um estado de temor social, como um estado de guerra que reproduz o medo e fortalece os interesses desse mercado.

A crença de que vivemos nesse estado de guerra apodera-se, em especial, das classes médias e altas, que se trancam em condomínios

fechados, em prédios de apartamento, com a ilusória sensação de abandonar a insegurança das casas, ou utilizam guaritas e guardas armados, fecham ruas, usam portões eletrônicos. Com isso crescem as fábricas de equipamentos de segurança, alarmes, câmaras de circuito fechado de televisão, enfim, desenvolve-se uma promissora indústria de segurança (COIMBRA, 2003, p. 167).

Existe um mercado imenso de serviços de segurança que crescem à medida que a violência aumenta. A divulgação da violência interessa às empresas do setor, é uma forma de *marketing* espontâneo, alimentado pelos veículos de comunicação que também exploram a violência como mercadoria.

Os meios de comunicação de massa, desde a década de 1980, passam a dar destaque a personagens ligados ao tráfico de drogas, às disputas que ali ocorrem, às novas e modernas armas, às fugas espetaculares. Figuras como Escadinha, Denis, Meio Quilo, Silvio Maldição, Flávio Negão, Fernandinho Beira-Mar, Maurício VP e muitos outros aparecem constantemente na mídia por meio de imagens mitificadas (COIMBRA, 2002, p. 168 – 169).

A violência passa a ser um produto como qualquer outro do mercado que gera lucros e investimentos. Mas os investimentos não são apenas privados, porque setores públicos, como as polícias civil, militar, federal e municipal, também dependem da violência para crescerem e se manterem. Esse crescimento é considerado um mérito dos gestores desses serviços. Isso significa que, por exemplo, um oficial da Polícia Militar (PM), que administra uma corporação de um Estado, se conseguir ampliar significativamente os recursos humanos e materiais disponíveis para a polícia, será considerado um bom administrador, podendo ter facilidades para ascender na sua carreira profissional e ser admirado e reconhecido pelos seus pares. Acontece que o aumento dos investimentos na polícia depende, em grande parte, também do aumento das manifestações criminosas, além do aumento relativo da corrupção policial (MISSE, 2002, p. 152). Marx faz uma significativa reflexão sobre essa questão e trata justamente da relação dialética que se cria entre o bandido e a polícia, com relação ao mercado, no qual os

dois estão inseridos. A polícia necessita do bandido para justificar seu efetivo e seu crescimento, então ela, em geral de forma inconsciente, contribui para a produção do crime na sociedade. O encarceramento generalizado da maioria da população pobre, a discriminação social e o desrespeito aos direitos humanos somente acentuam a violência social.

A cultura da repressão é um produto social que tem na polícia um dos seus principais difusores. Essa cultura vem ganhando espaço nas instituições de poder, nos meios de comunicação e na sociedade em geral, que refletem esses interesses ao solicitar dos políticos, como prioridade pública, o aumento dos investimentos em segurança. Em todas as instâncias de poder decisório, municipais, estaduais e federais, dos Estados Unidos ao Brasil, essa reivindicação vem sendo rapidamente atendida, aumentando significativamente a fatia dos orçamentos públicos (e privados) investidos em segurança. Um bom exemplo do fortalecimento da cultura da segurança são os salários. Os professores universitários estão sem receber aumento salarial há mais de dez anos. Um professor doutor entra em uma Universidade Federal com um salário-base igual ao de um policial federal com apenas o segundo grau. Um professor da Rede Pública Estadual de Mato Grosso do Sul, com nível superior, recebe R\$ 1.300,00 enquanto um policial militar de início de carreira, com nível médio, recebe R\$ 1.400,00. Essa desproporção foi produzida com a cultura da segurança (ou da insegurança) desde o final dos anos de 1970, quando os professores ainda ganhavam aproximadamente o dobro do que ganhavam os policiais.

A política repressiva e discriminatória dos usuários de drogas tem sua gênese em interesses materiais concretos. No caso das políticas públicas repressivas, que identificam o usuário de drogas com o crime organizado, tal qual em algumas campanhas desenvolvidas pela SENAD, o que efetivamente ocorre é a defesa de interesses corporativos próprios dos setores, que vivem e necessitam da repressão como meio de expansão material.

A droga se converte no grande eixo (moral, religioso, político, e étnico) da reconstrução do inimigo interno, ao mesmo tempo que produz verbas para o capitalismo industrial de guerra. Este modelo bélico produz marcas no poder jurídico e a banalização da morte. Os mortos dessa guerra tem uma extração social comum: são jovens, negros/índios e pobres (BATISTA, 2002, p. 161).

O mesmo ocorre com relação aos setores médicos que defendem a criação indiscriminada de clínicas de internação para usuários de drogas, muitas vezes usuários de maconha, que não necessitam de internação e que, muito pelo contrário, sofrerão grandes prejuízos a sua vida e a sua saúde se forem internados. Oferecem também alternativas medicamentosas ligadas a um poderoso mercado de fármacos que se impõe pelo discurso pseudocientífico de médicos que defendem também interesses corporativos, interligados a uma complexa cultura do consumo e da cura como mercadoria.

É nesse cenário que surge a demanda e a oferta de drogas. A psiquiatria e a medicina as oferecem em larga escala, num processo de medicalização do sofrimento que também atinge os circuitos subterrâneos das drogas ilegais. [...] A mediação psicofarmacológica, bem como as drogas ilegais, é que conforta esse novo sujeito pós-moderno. A necessidade disseminada, paralela à criminalização, inscreve a produção e a distribuição de drogas no circuito do comércio e das finanças internacionais (BATISTA, 2002, p. 160).

Quem é o usuário de drogas que se prejudica ou prejudica a outros a ponto de se fazer necessária uma ação de redução de danos? O próprio usuário carrega uma série de representações com relação ao uso de drogas, aos danos que podem causar, ao prazer que podem proporcionar e à rejeição que podem causar. Essas representações não são naturais do indivíduo, mas foram apropriadas por este da cultura humana já existente. É necessário capturar a gênese dessas representações para que se compreenda como aconteceu o processo de ensino e aprendizagem entre esses sujeitos gerando hábitos mais seguros de uso de drogas. O desenvolvimento desses hábitos inclui a produção de vínculos sociais, comunitários e familiares mais consistentes. A articulação

de ações coletivas que objetivam produzir vínculos humanos entre os usuários e os demais membros da comunidade tem sido uma ação concreta dos programas de redução de danos na comunidade. Essa ação tem o caráter educacional e não terapêutico. A redução de danos tem se caracterizado por desenvolver uma intervenção no campo da educação sanitária e da prevenção. Não tem o caráter terapêutico de atender objetivamente um suposto paciente, age na comunidade sempre de forma coletiva, intencional e procurando orientar, informar e modificar hábitos para prevenir possíveis prejuízos à sociedade e à saúde.

Uma das grandes dificuldades em compreender e aceitar os programas de redução de danos é que a ideia de atenção ao usuário de drogas, concebida tecnicamente em algumas instituições tradicionais de pesquisa e atendimento, tem seu foco em um suposto paciente que precisa de tratamento individualizado. A abordagem de redução de danos não nega a relevância dessas formas de tratamento para alguns casos, mas oferece outra compreensão da questão, na qual o usuário de drogas deixa de ser representado como um problemático, distante e solitário e passa a ser compreendido como um cidadão qualquer, como um de nós, que convive cotidianamente com certas formas de risco e está radicalmente inserido nas relações sociais. A terapia individual também é um rico e poderoso mercado que, de alguma forma, cria o consumo, superdimensionando o aspecto patológico do ato de usar drogas, praticamente produzindo socialmente o doente para que possa atendê-lo.

O uso de drogas é uma prerrogativa da cultura humana e a quase totalidade dos membros da sociedade desfruta dessa prática em busca de prazer. A patologização do uso de drogas é também uma produção social que, na maioria das vezes, não foi produzida com a intenção de resolver o problema, mas sim de defender interesses outros que não os dos usuários de drogas. Se existem aqueles que adoecem nas suas relações com as drogas, estes não são a maioria, e mesmo estes devem ser objeto de uma intervenção preventiva de saúde pública antes que essa prática se torne danosa. Os programas de saúde que atuam com

usuários de drogas, em geral, reproduzem uma concepção de que estes são doentes, inibindo ações preventivas.

O modelo curativo se reflete, inclusive, a alguns pesquisadores que fundamentam a redução de danos com a sua produção científica⁷. Esse entendimento é fundamental para que se compreenda o fundamento de uma Política de Redução de Danos e os procedimentos chamados de terapêuticos e de tratamento ou clínico. O atendimento, na prática da redução de danos, não pode ser reduzido a uma intervenção individual ou, muito menos, curativa. A intervenção da redução de danos objetiva, principalmente, a modificação de hábitos coletivos, a produção de uma cultura (mesmo que a prática se dê também na individualidade) e, por não considerar o usuário um doente, não objetiva a cura, mesmo que resulte em processos de cura efetiva.

A compreensão da dimensão educativa de uma instituição pública de atendimento a usuários de drogas modifica substancialmente a representação que os profissionais nela inseridos têm dos programas que desenvolvem. Citarei a seguir alguns objetivos ilustrativos dessa questão, levantados por profissionais de saúde em uma oficina de redução de danos⁸:

7. Nas principais publicações estudadas sobre redução de danos no Brasil, apenas duas referem-se, ainda que superficialmente, ao aspecto educacional da atividade dos redutores como Woodak (1994, p. 116–132) e Andrade (1995 p. 31). Todas as demais não abordam o aspecto educativo da prática da RD (ANDRADE, 2000; MESQUITA, 2000; MESQUITA; BASTOS, 1994; 1999; CAIAFFA, 2001; 2002; BASTOS, 1993; ;MARTINS, 2003). Mesquita e Bastos, nas publicações que organizaram, “Drogas e AIDS” e “Trocas de seringas: ciência e debate em saúde pública” apresentam textos de cientistas que pesquisam a prática de redução de danos em seus países, como Vester na Holanda, Woodak na Austrália, Lurie nos Estados Unidos, Stimson no Reino Unido, além de outros autores de obras clássicas na área, como: Des Jarlais, Friedman, Scheerer, Drucker, O’Hare e outros. Destes, apenas Woodak referiu-se ao processo educativo da RD.

8. Este exemplo foi retirado de um curso de RD denominado “Integração entre usuários de drogas e profissionais do SUS”, oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, em dezembro de 2004, para redutores de danos, profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Postos de Saúde, agentes de saúde e técnicos dos Programas de Saúde da Família localizados nas regiões onde os redutores de danos fazem seu trabalho de campo.

- Garantir atendimento de qualidade para usuários de drogas
- Acessar e desenvolver vínculos de confiança com usuários de drogas
- Difundir na comunidade saberes e valores que ampliem as atitudes de respeito aos direitos e à pessoa do usuário de drogas
- Proporcionar a integração social dos usuários de drogas com a sociedade, a comunidade e seus familiares.
- Desenvolver atividades de integração dos usuários da drogas com a comunidade

Os objetivos aqui selecionados demonstram a dimensão educacional e comunitária da redução de danos. Os procedimentos práticos da RD não são individuais e terapêuticos, são educacionais e se dão no coletivo. Essa diferença de abordagem causa uma disputa por espaços institucionais, financiamento de programas públicos e de fundamentação metodológica.

Os usuários de drogas e a comunidade são influenciados pela repercussão de saberes e de valores difundidos por essas instituições. O método adotado para o atendimento aos usuários atua para além dos limites internos da instituição e influencia toda a comunidade com o seu saber e sua prática. Em outras palavras, a instituição de atendimento reproduz, intencionalmente ou não, modelos de intervenção que difundem valores na comunidade circundante. Nos programas de atendimento aos usuários, os conhecimentos científicos mais complexos são apropriados pelo corpo profissional e posteriormente difundidos à comunidade. É preciso compreender “quais teorias” foram apropriadas pelos diferentes programas de atendimento, para que se compreenda como se dá esse atendimento e como essa intervenção pública dirigida influencia na formação da comunidade e dos usuários. A complexa produção científica, sobre a questão específica do uso de drogas, é relevante para que se compreenda a gênese dos valores e representações inerentes ao processo de ensino e aprendizagem que se dá entre os redutores de danos e os usuários de drogas.

Muitos médicos lutam pela criação de clínicas de internação para usuários de drogas, na maioria das vezes usuários de maconha, que não necessitam de internação. Por conta disso, estes poderão sofrer enormes prejuízos a sua vida e a sua saúde caso sejam internados. Ainda oferecem alternativas medicamentosas acopladas a um forte mercado de fármacos que se impõe pelo discurso pseudocientífico de profissionais que protegem também interesses corporativos, interligados a uma cultura do consumo e da cura como mercadoria. Assim, o método adotado para o atendimento aos usuários deve ser diferenciado, atuando para além dos limites internos da instituição e influenciar e sensibilizar toda a sociedade com o seu conhecimento e seu aprendizado.*

*CREMILDE ALVES MAGALHÃES, Redutora de Danos da ERD Ponta Porã, 2012.

2.4 A psicanálise de Olievenstein e a formação do toxicômano

Ele utiliza a droga para buscar a forma do prazer, e, com isso, o usuário relembra momentos importantes, criando uma ilusão. O usuário, quando está na rua, perde os vínculos familiares, onde desde a infância é considerado problema (relatos dos usuários). Os pais sempre esperam que seu filho seja o “melhor” e, com isso, ele se afasta, pois sente culpa por não ser o “melhor” para a família.*

Seguindo uma tendência pós-moderna, as matrizes teóricas que fundamentam as práticas de redução de danos são bastante variadas, mas algumas se sobressaem às demais. A literatura sobre drogas de base psicanalítica tem sido bastante utilizada pelos técnicos que atuam na formação dos redutores de danos. Por isso, achamos importante compreender os fundamentos idealistas dessa vertente teórica estudando o principal autor dessa tendência.

Nos anos de 1960, surgem psiquiatras que davam aos dependentes químicos uma forma diferenciada de tratamento, com enfoque psicanalítico, identificando na formação da sua psique as origens do processo de dependência e, portanto, construindo as bases para um tratamento específico a ser dispensado a esses pacientes.

O psiquiatra Claude Olievenstein foi um dos precursores dessa vertente epistemológica na Saúde e sistematizou o seu método de tratamento que se transformou em referência de atendimento em todo o mundo. Criou uma teoria sobre a gênese ontológica da formação da personalidade do dependente químico que subsidiou a sua proposta terapêutica chamada de “clínica do toxicômano”. Criou e dirigiu por quase vinte anos a Clínica Marmottan, primeiro hospital para toxicômanos da França, que atendeu mais de vinte mil usuários e se notabilizou mundialmente pela prática adotada e pelos resultados alcançados.

*LIDIANE PÁSCUA DOS SANTOS CALONGA. Redutora de Danos da ERD Ponta Porã, 2012.

Ainda hoje Olievenstein é uma referência muito presente entre pesquisadores e técnicos que trabalham com dependentes. Obras como *A Vocação do Êxtase* (BITTENCOURT, 1994) e *Drogas e Pós-Modernidade: Faces de um Tema Proscrito* apresentam muitos artigos fundamentados na Psicanálise e têm uma grande importância para os profissionais que atuam como formadores nos programas de Redução de Danos e para pesquisadores e profissionais que atuam nas políticas públicas de drogas em geral.

Entre as muitas obras sobre a questão das drogas estudadas neste trabalho, quinze citaram Olievenstein⁹. Por esse motivo, faremos um estudo mais detalhado de seu pensamento sobre o assunto e que continua fundamentando e influenciando as políticas de atendimento a usuários de drogas, principalmente o tratamento clínico, seja de internação ou ambulatorial.

Buscaremos os aspectos que mais identificam Olievenstein com os pressupostos freudianos e deixaremos deliberadamente fora do estudo a identificação com outros pressupostos, por um motivo didático relacionado ao tema proposto. Sabemos que o autor, em alguns momentos, chegou mesmo a negar os pressupostos teóricos de Freud.

Para este estudo estudamos as seguintes obras de Olievenstein: *Os Drogados não São Felizes* (1977), *A Droga, Drogas e Toxicômanos* (1980) e *O Destino do Toxicômano* (1985), nessa última o autor demonstra mais explicitamente as bases freudianas de sua obra.

Olievenstein (1985) desenvolveu a epistemologia da sua prática clínica, tecendo uma crítica ao modelo de tratamento behaviorista, mais comum até sua época, que atua por meio de reforço positivo e negativo. Ele nega o aspecto positivo e certo de uma leitura objetiva do terapeuta, sobre o comportamento do toxicômano e de sua intervenção, preferindo ancorar sua clínica em uma leitura que “tem mais a

9. Arico (1998), Baptista (2003), Bucher (1992;1991), Charbonneau (1982), Gonçalves (1982), Kalina (1983; 1988), MacRae (2000), Martins (2004), Murad (1982; 1985; 1994), Palatinik (2003) e Vergara (2003).

ver com flutuações, turbulências e turbilhões do que com a queda dos corpos sólidos” (Idem, p. 13). Seu método científico considera mais relevante os “eventos incertos que ocorrem em tempos também incertos. Se há determinismo, este é apenas relativo e limitado”. A compreensão da questão pressupõe uma complexa e, muitas vezes, incompreensível forma de sentir e lidar com a vida, que envolve o imaginário e a memória afetiva do usuário.

Na sua definição do “toxicômano” não existe somente uma situação objetiva com assépticas incorporações de objetos do conhecimento; o que existe é uma série de situações subjetivas, irredutível às qualificações do behaviorismo comportamental. Mesmo que existam todas as condições para que se produza um indivíduo toxicômano, isso pode não acontecer porque existe o lado voluntarista determinante nesse processo. Assim, também a clínica não pode se sustentar em um código bem regular como pretende o pragmatismo behaviorista.

Fica assim bem evidente para nós a desqualificação do behaviorismo, que funciona como um serralheiro que pretende a qualquer preço abrir uma porta sem fechadura, com uma chave. Pois, se há criação de sentido, não há e nem pode haver desvendamento do sentido latente. Não há e nem pode haver aceitação da lei sócio-familiar, a não ser que se trancafie o indivíduo como em uma verdadeira prisão, e que não se atribua nenhuma importância às suas dores, angústias, feridas e carências (OLIEVENSTEIN, 1985, p. 22).

Utilizando uma ampla variedade de autores clássicos em suas obras, Olievenstein nega uma referência epistemológica central no seu trabalho, mas é inegável a importância decisiva que teve Sigmund Freud na produção da sua concepção clínica. Em uma citação de Freud na obra *Destino do Toxicômano*, é possível identificar a coluna vertebral da proposta terapêutica de Olievenstein:

[...] Freud ousou formular a hipótese segundo a qual “a substância viva, una e indivisível, antes de ter recebido o princípio de vida, seria dividida... em partículas que desde então procuram se reunir de novo sob a pressão das tendências sexuais (OLIEVENSTEIN, 1985, p. 131).

Para Olievenstein (1977; 1985), a formação do toxicômano precede o uso da droga, ela se origina em sua infância, produzida mediante as relações familiares, com um antecedente importante que é a incapacidade do pai em proporcionar prazer sexual para a mãe.

[...] a virilidade do homem é questionada, onde não raramente ele é visto como incapaz de dar prazer à mãe, esquema este que é muito freqüente nos antecedentes familiares do futuro toxicômano (OLIEVENSTEIN, 1985, p.150).

A frustração, primeiramente vivida e posteriormente também imposta pela mãe, acaba por determinar o “caráter mau” do filho e o vazio do projeto familiar onde só resta lugar para o consumo¹⁰. Qualquer tipo de consumo que preencha o negativismo manifestado pela falta.

O conceito do “espelho quebrado”, retirado por Olievenstein da concepção lacaniana de “estágio do espelho”, é fundamental para a formação da identidade do indivíduo, quando a criança se descobre e se torna capaz de romper a fusão que mantém com a mãe. Na tentativa de reviver ou recriar instantes privilegiados de sua infância, o futuro toxicômano busca no espelho a sua própria descoberta, mas o espelho se parte e reflete uma imagem partida. Essa “ruptura” é o ponto central na formação da personalidade do futuro toxicômano, é uma “falta” que o acompanhará até que ele consiga voltar a crescer rumo à idade adulta. O espelho quebrado em inúmeros pedaços não permite uma concepção de completude ou unidade pelo sujeito que, a cada momento, vive uma personalidade sem saber ao certo qual é a sua, pois a sua são todas, cada uma a seu tempo. A clínica deve captar um “movimento” sempre inovador e inesperado dentro dessa diversidade, sem se ater a um único pedaço.

O toxicômano sempre é “um pouco” parecido com alguma coisa [...]: um pouco psicótico, um pouco de maníaco depressivo, um pouco de perverso, um pouco de homossexual, etc. Um pouco mas não

10. Palatnik (1994, p. 120–129), no artigo “Quem é a mãe (do) dependente (de drogas)?” aprofunda esse tema e Kalina (1988) também trata sobre o assunto com a mesma abordagem.

exatamente – com variações para cada indivíduo, e para o mesmo indivíduo em cada etapa do atendimento terapêutico (1985, p. 82). A ruptura não se dá em sentido único; antes de tudo, há a nada mais. O sujeito conserva então sua incompletude forçada na idade adulta sendo impossível não viver sua tentação andrógina de possuir e ser possuído, de penetrar e ser penetrado. Atingindo o nível mais profundo da aventura sexual e imaginária, ele encontra o objeto e transforma-se nele, mas só se torna “uno” (vence a falta e a ruptura) no momento etéreo do orgasmo (OLIEVENSTEIN, 1985, p.132).

Para o autor, a falta, a ruptura e a busca do espelho que não unifica forçam a criança e, posteriormente, o adulto a buscar outras formas de prazer. A descoberta do próprio corpo é fundamental como forma de alucinar o imaginário e viver a intensidade do prazer quando e como quiser, descobrindo a possibilidade da repetição do prazer e se masturbando exacerbadamente. A masturbação vai adquirir uma importância desproporcional por sua repetição e sua duração de tempo. Assim como a masturbação não é responsável pela loucura, conforme se acreditava na Idade Média, também não origina o toxicômano. Sua prática constitui uma fusão acessível à criança que pode viver no concreto do seu corpo um clímax de prazer em que a angústia do ser despedaçado e da não identidade se anula. Clímax este que é “uma verdadeira propedêutica daquilo que mais tarde ela vai fazer com a droga” (OLIEVEINTEIN, 1995, p. 94).

Para Olievenstein, como o prazer sentido é enorme, se comparado a todas as vivências anteriores do futuro toxicômano, preenche apenas por uma fração de tempo o espaço da angústia, da falta ocasionada pela ruptura, da incerteza e da instabilidade. Essa dimensão de prazer é armazenada na memória do indivíduo e projetada no futuro. Da mesma forma que a droga, essa dimensão de prazer vai diminuindo e preenchendo cada vez menos a falta (OLIEVENSTEIN, 1985, p. 94).

Para ele, a descoberta do prazer diante dos problemas que o precedem toma um caráter desmesurado criando a ilusão de que por meio dele o indivíduo finalmente encontrou a unidade e suprimiu a falta.

Ilusão que muitas vezes repetida e ressentida distorce a sua percepção da realidade, criando um processo ilusório vivido somente na sua intimidade.

Olievenstein afirma que a alucinação da realidade se interioriza no futuro toxicômano, alternando momentos de retorno à realidade ou à lucidez, com as fugas cada vez mais constantes ao imaginário que se alucina igualmente na fuga da dor por meio da busca pelo prazer imediato. O indivíduo passa a viver no “mundo da lua”, em “outro mundo”, em um sistema de verificações exagerado, impossibilitando a convivência com outros parceiros e produzindo uma função rejeitadora de si no meio familiar e social.

Sendo a realidade insuportável, a criança precisa alucinar o imaginário infinitamente mais que outras. E como o tempo vivido também lhe é intolerável, ela alucina durante um período muito mais longo. Até que a droga vai tornar possível o desvendamento daquilo que foi ocultado (OLIEVENSTEIN, 1985, p. 92).

Esse mesmo prazer torna-se, no círculo de relações familiares, um inimigo, que vai usar de seus poderes para combatê-lo e suprimi-lo. Essa identidade de insegurança e sofrimento vai sendo construída no seio das relações familiares com avanços e recuos, violência e carinho, não de forma objetiva e visível, mas por intermédio de um movimento subjetivo, aparentemente imperceptível, mas determinante do futuro comportamento familiar.

O conceito de “idiota da família”, emprestado da obra clássica de Sartre, e empregado por Olievenstein para identificar a gênese do futuro toxicômano nas relações familiares, identifica o toxicômano desde o início de sua infância. Como um “depósito dos lixos familiares”, os problemas, as angústias e tudo que não pode ser explicitado nas relações domésticas atingem o futuro toxicômano que age como um para-raios familiar. O “idiota da família” constitui o próprio narcótico do grupo familiar e quando utiliza narcóticos, o faz para exercer seu papel no lugar que lhe foi designado pelos outros e não para si mesmo.

Na impossibilidade de viver intensamente a normalidade das relações familiares, o futuro toxicômano busca prazer em um jogo sado-masoquista com os membros da família, que também é uma forma de alucinar a realidade. O jogo é, na realidade, a primeira forma de alucinar o imaginário. Todo jogo tem uma função lúdica, mas aqui, particularmente, ele tem uma função coercitiva. Tudo deve se transformar em jogo: os afetos, sentimentos, leis, seus representantes e representações. O excesso nesse jogo se manifesta nos símbolos que desafiam os valores familiares e sociais. O travestismo, a recusa da realidade escolar e a recusa de crescer vão alimentar o conflito e a não aceitação do outro, no ambiente familiar e onde houver autoridade constituída:

O jogo vai então lembrar na verdade todos os rituais sadomasoquistas: vai-se jogar de fazer a família sofrer, de fugir, assustar, assustar-se. O jogo torna-se racional, intelectual, mas quando porventura atinge com crueldade, o indivíduo vivencia este episódio como “um teatro” (OLIEVENSTEIN, 1985, p. 93).

A situação de perversidade passa a ser uma forma de reviver uma espécie de memória da felicidade sentida no passado. Ele joga ao tentar reviver sua completude de criança pequena e anular a ruptura. Não é de surpreender que ele faça durar ao máximo seu lado “um pouco perverso”, única situação de felicidade que conheceu:

Pois é bem próprio da criança perversa poliforma este movimento de alucinar a realidade, em particular através do jogo, de tal modo que ela consiga anulá-la a cada momento (mas só por aquele momento). E é esse exatamente o papel que vai assumir a droga, única a ser capaz de assumir a realidade, única a poder anulá-la. (OLIEVENSTEIN, 1985, p.90).

Olievenstein sustenta que a droga não é a responsável pelo efeito negativo na vida do indivíduo. A droga é apenas o agente que libera, explode e expõe aquilo que vinha sendo desenvolvido de forma velada no interior do indivíduo. Quando acontece o encontro com a droga, “há fissão nuclear – está criado o toxicômano” (idem, p. 96). Mutilado pela ruptura que o transforma em muitos cacos do espelho, o indiví-

duo é e não é, vive e não vive. Transfere a vida para mais tarde, exigindo, sempre mais, sensações que sejam imensas e é em seu corpo, e por meio dele, que vai tentar consegui-las primeiro. O desejo andrógino é parcialmente voluntário e dá-se em uma transgressão organizada, como mais tarde vai sê-lo o gesto de fazer amor a si mesmo injetando na própria veia o produto da seringa.

O autor afirma que a exacerbação do sexo já não cumpre seu papel de preencher relativamente o espaço angustiante deixado pela ruptura, o ego ferido terá que se alimentar também de outras formas, como a droga. Durante a “lua de mel” com a droga, o toxicômano vai encontrar-se com Deus, que é ele próprio. Com o tempo de uso contínuo, a droga perderá um pouco de sua intensidade extasiante, não mais satisfazendo sua sede de prazer e o toxicômano vai encontrar, então, a angústia de morte:

De certa forma, se o indivíduo atingisse a angústia de morte, ele se sentiria aliviado: é isso que sente muitas vezes ao multiplicar, antes da droga ou após a “lua de mel”, suas tentativas de suicídio em um crescendo de modalidades de repetição. [...] a pulsão de morte situa-se aqui no mesmo nível, no mesmo lugar que a pulsão sexual: ambas são indispensáveis, mas insuficientes para que se possa definir e criar a completude (OLIEVENSTEIN, 1985, p.146).

Para Olievenstein, a “pequena morte” do orgasmo não reconstitui a unidade e não anula a falta sentida pelo toxicômano, de forma mais acentuada na vivência de uma sexualidade andrógina, transformando-se apenas em parte de um jogo perverso. Assim, também a morte passa a ser parte de um jogo de interesses e sentimentos reprimidos. O jogo com a morte transforma-se na última tentativa que o indivíduo faz para viver, um esforço final para se tornar “um” e não renunciar. O namoro com “Thanatos” torna-se então o motor de uma prática, a um só tempo, lúdica e trágica, misturando atuações suicidas teatrais com um abandono patético e delicioso. Se por um lado o indivíduo avança com agressividade no jogo das relações familiares, a família também avança na consolidação de seus interesses no interior do indivíduo, produzindo um “sentimento de culpa” que pode ser sentido como uma forma

imensa de dor. O sentimento de culpa transforma-se em uma forma de interpretação extremamente arcaica do elo familiar obrigatório e torna-se assim um valor em si. Essa culpa, o “idiota da família” vai assumir, pois ele tem o sentimento legítimo de ser o responsável pelos temores e pelo clima decorrente. Em toda a história, ele é o mais sincero, o menos egoísta, pois é também o que mais sofre;

[...] o sentimento de culpa afasta-se do sintoma e aproxima-se do instinto. Ele é indecodificável através da interpretação, mas pode ser transformado por um reforço afetivo de certas categorias de defesas egóicas como alternativa para o sistema familiar. Mas a culpa gera ao mesmo tempo o medo e o desejo da punição (...). No sistema familiar, a punição traduz-se na maioria das vezes por algo que é sentido como perda de amor (OLIEVENSTEIN, 1985, p. 106).

Se até aqui, como demonstra o autor, o toxicômano vive sua própria ausência de sentidos que lhe foram recusados e por isso sofre uma dor profunda e insuportável, é quando ele inicia sua decisão descontínua de viver uma normalidade que o sofrimento lhe será imposto de forma ainda mais intensa. O abandono do antigo padrão de comportamento importa o abandono da possibilidade de alucinar a realidade e o imaginário. O sofrimento anterior, selvagem e formidável, é então substituído por uma forma de sofrimento domesticado. A desintoxicação do toxicômano o leva a um sentimento de angústia revoltada contra si mesmo, sufocado na impossibilidade do retorno ao êxtase sob a pena da eternização do sofrimento e da culpa:

O próprio futuro torna-se enfraquecido, no sentido de que dele não se espera muita coisa, a não ser o não retorno a um limiar de sofrimento insuportável. Para os que são estrangeiros a esta experiência, parece ser uma vida pobre, uma vida mesquinha, mas na verdade o significado desta insignificância constitui, apesar de tudo, uma vitória sobre a morte e sobre a loucura capaz de afastar a angústia e o desespero mais resistentes (OLIEVENSTEIN, 1985, p. 163).

Segundo o autor, a clínica do toxicômano não deve objetivar a criação de um novo homem à imagem do terapeuta. É preciso restituir

o seu porvir anterior à ruptura, sem alienar o indivíduo de suas vivências ontológicas, buscando restituir a sua unidade dentro da sua identidade. Esse mesmo indivíduo tenta reintegrar-se na miséria da condição humana, querendo tornar-se um homem comum, reivindicando o direito à normalidade. “Trágica ilusão”, pois seu destino é uma nova aventura que muitas vezes fracassa. O fracasso é parte integrante da terapia, assim como a tristeza e o sofrimento agora contínuos, sem grandes ápices, mas igualmente severos.

Alternadamente, a memória do prazer vai sendo substituída pela memória da falta e assim se cria o “tempo” do desintoxicado. Um sentimento de tempo totalmente novo que já não existia em sua memória. Anteriormente só importava o tempo vivido, a adrenalina e o excesso onde o tempo não poderia ser contado na sua eterna descontinuidade, denotando apenas a repetição da perda de si mesmo. Na desintoxicação é preciso reaprender a sentir o tempo, agora obedecendo a um novo ritmo lento e interminável.

Quer no prazer, quer no terror, não é mais o “tudo, já, agora,” que comanda: o indivíduo já é capaz de obter algumas satisfações, até mesmo afetiva, na espera e no adiamento. Enfrenta outra dimensão do tempo vivido. Aprendendo a esperar, ele aprende igualmente a lei, logo ele que sempre fora um fora-da-lei e agora não pode mais tocar o instrumento inteiramente gasto do seu imaginário (OLIVENSTEIN, 1985, p. 171).

Para o autor, a nova condição de vida do toxicômano o leva a uma rotina na qual não há mais lugar para sentimentos enaltecidos de alegria e prazer, nem há lugar para uma dor excessiva nem uma angústia insuportável. O indivíduo desintoxicado sabe que a partir desse ponto não é mais possível voltar. Ele está definitivamente em certo estado que é diferente do indivíduo intoxicado. Por algum tempo ainda vai acontecer uma espécie de deslocamento da dependência da droga e dos comportamentos excessivos para a relação terapêutica. No segundo momento, essa relação é deslocada para a aprendizagem da democracia psíquica. À noite, momento da busca e do uso da droga, deixa

de ser um inferno da ausência e lentamente vai sendo absorvida com naturalidade e o sono volta a ser comum todos os dias.

Na obra de Olievenstein são comuns os exemplos das pessoas que conseguem se manter como “usuárias recreativas das drogas”, combinando com bastante felicidade uma inserção social, afetiva e libidinal com a tomada de produtos tóxicos, trazendo ao indivíduo prazer e revelação.

Olievenstein continua tendo importância decisiva no sentido de colocar em cheque as abordagens do senso comum baseadas em procedimentos religiosos e moralistas, mas, tendo em vista o referencial teórico adotado neste trabalho, também não podemos deixar de fazer a crítica a sua posição que tem na sexualidade o aspecto mais importante do desenvolvimento humano. Os pressupostos psicanalíticos de Olievenstein, apresentados anteriormente, determinam a sexualidade como o centro da formação do toxicômano e excluem as outras determinações históricas e materiais que, por serem mais amplas, podem abarcar os vários determinantes, inclusive os sexuais. Sobre o reducionismo da psicanálise ao pansexualismo, Vigotski diz o seguinte:

[...] a psicanálise se transformava no princípio metafísico de uma série de idéias metafísicas, a psicanálise se transformava em ideologia e a psicologia se transformava em metapsicologia. A psicanálise dispõe de sua própria teoria do conhecimento e de sua própria metafísica, de sua sociologia e de sua matemática. O comunismo, a igreja e a obra de arte de Dostoievski, o ocultismo e a publicidade, o mito e os inventos de Leonardo Da Vinci, não são senão sexo disfarçado e mascarado (VYGOTSKI, 1991, p. 274).

Podemos citar ainda a crítica que faz Vigotski à psicanálise que separa o inconsciente do consciente ao negar os determinantes sociais e históricos da subjetividade do indivíduo nas relações concretas da sociedade (VIGOTSKI, 2001a, p. 82). Essas reflexões são importantes no sentido de buscar compreender como o autor percebe a possibilidade de uma relação de ensino e aprendizagem com os “toxicômanos e toxicômanas”. Na realidade, Olievenstein quase não se refere ao processo

educativo dos seus pacientes, pois eles são levados a recompor, por sua própria conta, os cacos do espelho quebrado. Nesse sentido, a ação do médico, curador, não pressupõe uma ação com objetivo específico de proporcionar a internalização de novos conhecimentos e valores culturais pelos “pacientes”. O médico, curador, apenas reflete algumas angústias dos pacientes, sem querer achar nem demonstrar objetivamente algo útil para o “paciente”. Em síntese, o médico, curador, não deve agir sobre o paciente, mas apenas facilitar a sua própria busca de recomposição da personalidade.

Se a questão central da formação do toxicômano é a sua sexualidade e a sua individualidade, é de se esperar que o autor não busque outras soluções em questões materiais como o trabalho, por exemplo. Do ponto de vista da psicologia sócio-histórica, o modelo terapêutico desenvolvido por Olievenstein objetiva apenas uma intervenção no âmbito da individualidade e não associa a libertação do indivíduo a uma forma de libertação social, que se dá na totalidade das relações humanas. Existe um imenso mercado para esse tipo de sentimento centrado na individualidade e na subjetividade, que proporciona uma base material para o crescimento desse tipo de atendimento.

2.5 O conceito de privação emocional em Winnicott e a estratégia de redução de danos

Muitas políticas de atendimento ainda reproduzem a concepção de que os usuários devem ser isolados ou punidos. A abordagem da redução de danos permite um atendimento não preconceituoso, que favorece a autoestima e a criação de vínculos entre os usuários e os redutores e depois com a família e a sociedade, programas de saúde, educação, dentre outros. O usuário que não teve a oportunidade de externar sua destrutividade no ambiente familiar, que lhe assegurasse a continuidade do envolvimento afetivo, agora poderá elaborar e compreender sua própria destrutividade. Essa percepção remete às atividades a serem trabalhadas pelos usuários na rede de apoio: peças de teatro, letras de música. O redutor deve conduzir o usuário a variadas atividades de prazer, nas quais ele se sinta bem, mas, acima de tudo, ele tem que querer. Exemplo: na atividade de campo percebeu-se muito isso, pois nem todos os usuários participavam, só as observavam, o que era bom para um não era para os outros (música, jogos, teatro, dinâmicas, festas, comemorações e outras). O redutor precisa ser firme, ter autoridade, para que usuário se sinta confiante. Não devemos esquecer que na abordagem inicial em campo ainda não existem informação e vínculo do redutor de danos em relação ao usuário de drogas. Então se deve apenas observar, oferecer escuta, e ir construindo vínculo do usuário com o redutor e demais atores da rede.*

O presente artigo visa a compreender o que é privação emocional e como ela influencia na produção do comportamento destrutivo conforme a obra de Winnicott (2005; 1983), psiquiatra e pesquisador inglês, que trabalhou diretamente com adolescentes autores de atos infracionais durante e depois da 2ª Guerra Mundial, quando um número expressivo de crianças e adolescentes foi afastado de suas famílias, gerando privação. O autor foi influenciado pelos princípios psicanalíticos de Sigmund Freud e pela compreensão psicanalítica da destrutividade da natureza humana, em especial na criança, da obra de Melanie Klein:

*LIDIANE PÁSCUA DOS SANTOS CALONGA. Redutora de Danos da ERD Ponta Porã, 2012

“O trabalho de Klein ampliou o de Freud e não alterou o método de trabalho do psicanalista” (WINNICOTT, 2005).

Não aprofundaremos o estudo sobre a obra do autor, mas apenas sobre suas reflexões relativas à privação emocional como causa do desenvolvimento de formas de destrutividade entre crianças e adolescentes. Winnicott tratou sobre a privação como causa da delinquência, mas o presente texto visa a utilizar esses mesmos fundamentos para compreender como essa destrutividade pode contribuir no futuro desenvolvimento de uso abusivo ou dependência de drogas.

Trabalho diretamente com adolescentes autores de atos infracionais há 25 anos e posso afirmar por experiência empírica que o uso de drogas nesse universo é infinitamente maior do que na sociedade em geral. O presente texto não tem como objetivo estudar essa realidade, mas apenas utilizar as reflexões de Winnicott sobre privação e delinquência para compreender também porque uma determinada vivência na infância pode tornar o indivíduo mais vulnerável ao uso abusivo ou a dependência de drogas e identificar posturas mais corretas dos redutores em relação dos usuários. Não fazemos essa relação com o usuário de drogas que mantém o autocontrole sobre o uso, mas com o que vivencia um afastamento das relações sociais, conotando ao uso de drogas um dos sentidos centrais de suas vidas.

2.5.1 O conceito de privação emocional na obra de Winnicott

A redução de danos age de modo diferente do método convencional ao atender o usuário; não proibindo, mas, interferindo no sentido de que o indivíduo tenha menos prejuízo a sua saúde e à comunidade. O objetivo da redução de danos é que o usuário cuide mais de sua saúde, percebendo que muitos, por meio do uso coletivo de drogas, acabam adquirindo doenças transmissíveis. A redução de danos orienta para que o usuário não compartilhe dos mesmos instrumentos com os demais do grupo.*

*DAMIANA... Redutora de Danos da ERD Ponta Porã, 2012.

Para Winnicott (2005) e Bowlby (1995), a privação é uma vivência no início do desenvolvimento da criança que, ao sofrer uma ruptura na relação de familiaridade, em geral com a mãe ou outro parente mais próximo, é acometida por “feridas psíquicas” que podem perdurar até a fase adulta. Privações emocionais da criança podem gerar dificuldades na capacidade futura de abstração, elaboração e planejamento, habilidades necessárias para a convivência social saudável do jovem. A delinquência tem outros determinantes externos ou interindividuais como os sociais, mas o presente estudo se aterá aos fatores internos ou intraindividuais, que são aqueles diretamente relacionados à história psíquica do indivíduo, as causas do comportamento antissocial relacionadas à privação emocional.

Para Bowlby (1995), que aprofundou as pesquisas de Winnicott, os comportamentos hostis, antissociais e condutas delinquentes resultam, do ponto de vista do desenvolvimento do indivíduo, de diferentes formas de privação emocional vividas no início da infância. Quanto maior a privação emocional nos primeiros anos, mais isolada se tornará a criança, e se a privação for intercalada com momentos de atenção, cuidado e relação amorosa familiar, então a criança se voltará contra a sociedade, padecendo de sentimentos conflitantes de amor e ódio.

Bowlby (1995), seguindo o mesmo raciocínio de Winnicott (2005), demonstra como existem privações diferentes e que resultam também em diferentes atitudes na vida adulta. A criança que sofreu uma privação contínua durante sua infância desenvolverá um comportamento mais apático e distante da realidade, perdendo muito da sua capacidade criativa e de interação social, mas dificilmente terá atitudes delinquentes. Já a criança que experimentou efetivamente a relação amorosa nos primeiros anos de vida e perdeu posteriormente esse envolvimento de afeto com a mãe ou parente será mais vulnerável a atitudes destrutivas, durante seu desenvolvimento, como forma de restabelecer a relação amorosa perdida.

Considerando a privação emocional como uma causa, Winnicott (1983) demonstra que as frustrações na relação familiar saudável da

criança geram comportamentos agressivos e destrutivos, que são devolvidos por essa mesma criança nas relações com sua mãe ou familiar, proporcionando formas de controle e limites de comportamento. Quando a criança expressa sua agressividade na relação familiar e a família tem condições de compreendê-la e continuar a relação amorosa, ela desenvolve sua capacidade de controlar sua própria agressividade. Caso contrário, a criança irá despejar a sua agressividade apenas no mundo das ideias, como um controle mágico exercido pela fantasia e isso a impedirá de superar seu descontrole sobre sua própria agressividade.

Ao acompanhar a criança, com sensibilidade, através dessa fase vital do início do desenvolvimento, a mãe estará dando tempo ao filho para adquirir todas as formas de lidar com o choque de reconhecer a existência de um mundo situado fora do seu controle mágico. Dando-se tempo para os seus processos de maturação, a criança será capaz de ser destrutiva e de odiar, agredir, e gritar, em vez de aniquilar magicamente o mundo. Dessa maneira a agressão concreta é uma realização positiva. Em comparação com a destruição mágica, as ideias e o comportamento agressivo adquirem valor positivo e o ódio converte-se num sinal de civilização (WINNICOTT, 2005, p. 109).

O autor refere-se ao desenvolvimento nas primeiras fases da infância, quando ainda é mais aceito socialmente conviver com a agressividade da criança. Como a maioria das crianças recebe suficientes cuidados maternos e familiares, durante essas primeiras fases de vida, suas personalidades desenvolvem-se de forma integrada, impedindo uma irrupção maciça de agressividade vazia de sentido. A destruição mágica é o impulso destrutivo da criança ainda bebê, manifestado subjetivamente quando ela passa a perceber que existe algo além dela mesma como parte de um “não mim”, como algo objetivo. Geralmente, essa mudança acontece por graduações sutis, quando são bem-conduzidas pelos pais, mas, quando a criança passa por uma privação, a mudança ocorre de forma brusca, favorecendo o desenvolvimento futuro de atividades destrutivas.

A criança que vive uma privação emocional não tem a possibilidade de desenvolver seu autocontrole a partir do seu próprio compor-

tamento agressivo e destrutivo, o que vai acontecer mais tarde de uma forma não aceita socialmente, gerando sérios problemas de convivência social. Enquanto a criança mantinha uma relação saudável com a mãe e/ou familiares, era valorizada na sua capacidade construtiva e percebia que sua agressividade era suportada e contida sem a perda do afeto familiar. A ausência da capacidade de controle e dos limites da agressividade tem sua gênese na privação emocional causada por omissão, abandono, negligência ou a violência propriamente dita.

Winnicott quer dizer que as crianças familiarmente integradas, felizes e com um futuro promissor, também em algum momento de sua formação apresentam um alto grau de destrutividade. Os adolescentes com condutas antissociais também demonstrarão essa agressividade, porém, tardiamente, quando já não há ambiente social para suportá-la. As crianças têm a necessidade de manifestarem sua agressividade como forma de aprender a lidar com ela e assim desenvolverem sua capacidade de se relacionar socialmente de forma saudável.

Como é a criança normal? Ela simplesmente come, cresce e sorri docemente? Não, não é assim. Uma criança normal, se tem a confiança do pai e da mães, usa de todos os meios possíveis para se impor. Com o passar do tempo põe a prova o poder de desintegrar, destruir, assustar, cansar, manobrar, consumir e apropriar-se. Tudo o que leva as pessoas aos tribunais (ou aos manicômios, pouco importa o caso) tem seu equivalente normal na infância, na relação da criança com seu próprio lar. Se o lar consegue suportar tudo o que a criança consegue fazer para desorganizá-lo, ela sossega e vai brincar; mas primeiro os negócios, os testes têm que ser feitos e, especialmente, se a criança tiver alguma dúvida sobre a estabilidade da instituição parental e do lar (que para mim é muito mais do que a casa). Antes de mais nada a criança precisa estar consciente de um quadro de referência se quiser sentir-se livre e quiser ser capaz de brincar, de fazer seus próprios desenhos, ser uma criança responsável (WINNICOTT, 2005, p. 129).

Toda essa agressividade voltada para a mãe e a família, quando não suportada e mal- conduzida no âmbito familiar, faz com que a criança se sinta insegura e angustiada, buscando alternativas e estabi-

lidade emocional fora do lar. A criança antissocial está simplesmente recorrendo à sociedade para suas necessidades de estabilidade e crescimento emocionais em vez de recorrer à família. Winnicott (2005) afirma que as atitudes delinquentes, como o furto, o roubo e outras formas de violência, quando originadas por privação emocional causada pela ruptura das relações familiares, são uma forma de sobrevivência afetiva da criança ou do adolescente.

A criança se apropria do mundo a sua volta pela invenção e imaginação. Ela não apenas vê e reconhece sua mãe, seu quarto, suas coisas, ela inventa, cria o que vê, para si mesmo, como forma de reconhecimento e apropriação do mundo externo. Seja no aspecto construtivo ou destrutivo, a criança irá inventar na sua imaginação o mundo que já existe na realidade e poderá futuramente ter atitudes antissociais como uma forma de controle tardio sobre sua pulsão de destruição.

Quando uma criança rouba açúcar, ela está procurando a boa mãe, de quem ela tem o direito de roubar toda a doçura que houver. De fato, essa doçura é a da própria criança, pois ela inventou a mãe e a doçura desta a partir da sua própria capacidade de amar, a partir de sua própria criatividade primária, seja qual for. Também procura o pai, se assim podemos dizer, que protegerá a mãe de seus ataques contra ela, ataques realizados no exercício do amor primitivo. Quando uma criança rouba fora de casa, ainda está procurando a mãe, mas procurando-a com maior sentimento de frustração e necessitando cada vez mais encontrar, ao mesmo tempo, a autoridade paterna que poderá por limite ao efeito concreto de seu comportamento impulsivo e à atuação das ideias que ocorrem quando está excitada. Na delinquência plenamente desenvolvida a situação fica difícil para nós como observadores porque o que nos chama a atenção é a necessidade aguda que a criança tem de um pai rigoroso, severo, que proteja a mãe quando ela é encontrada (WINNICOTT, 2005, p. 130).

O comportamento antissocial de uma criança não é necessariamente uma doença, mas um pedido de socorro, para que pessoas fortes, amorosas e confiantes exerçam externamente o controle que ela

mesma é incapaz de exercer sozinha. O desenvolvimento saudável da criança se estabelece paulatinamente durante o seu desenvolvimento entre esses dois aspectos: o envolvimento afetivo e o rigor do controle externo, tanto pelo meio familiar, quando acontece de forma saudável, quanto pelas instituições de controle social, quando tardiamente se manifesta na forma de uma atitude delinquente.

As crianças que vivem uma relação familiar saudável, e que conseguiram externar sua destrutividade sem serem negadas no envolvimento afetivo, conseguem desenvolver o controle sobre sua agressividade. Desenvolvem “um bom ambiente interno”, na sua origem psíquica. Já a criança antissocial, pela ausência de oportunidade de criar um “bom ambiente interno”, necessita de uma forma mais contundente de controle externo (WINNICOTT, 2005, p. 131-132).

O pai rigoroso que a criança evoca também pode ser amoroso mas deve ser, antes de tudo severo e forte. Somente quando a figura paterna severa e forte está em evidência a criança pode recuperar seus impulsos primitivos de amor, seu sentimento de culpa e seu desejo de corrigir-se (...) Enquanto está sob controle, uma criança anti-social pode parecer muito bem; mas, se lhe for dada liberdade, ela não tardará em sentir a ameaça de loucura. Assim transgredir contra a sociedade (sem saber o que está fazendo) a fim de restabelecer o controle proveniente do exterior (WINNICOTT, 2005, p. 131).

O controle externo acontece nas primeiras fases da infância de uma forma saudável quando a criança pode externar sua agressividade primária e ficar segura de que continuará recebendo amor da mãe e do ambiente familiar que exercerá também um rigoroso controle externo sobre sua tendência destrutiva. O limite é bem-aceito pela criança quando esta se sente segura do amor dos pais.

Esse princípio válido para as relações familiares deveria ser também para as relações sociais. A sociedade deveria compreender e respeitar a necessidade de transgressão tardia daqueles que não conseguiram vivenciar sua destrutividade nas primeiras fases da infância, como seria adequado ao seu desenvolvimento saudável, como os usuários

abusivos de drogas e os delinquentes. Winnicott afirma, em diferentes obras, que os atos antissociais são um estágio anterior à doença no qual o sujeito busca o controle interno com ações externas destrutivas.

O fato de existir um elemento positivo nos atos anti-sociais pode realmente ajudar na consideração do elemento anti-social, que é concreto em alguns adolescentes e potencial em quase todos [...] Tal como no furto existe (se levarmos em conta o inconsciente) um momento de esperança de se retomar, por sobre o hiato, uma reivindicação legítima endereçada a um dos pais, também na violência há uma tentativa para reativar o domínio firme, o qual, na história do indivíduo, se perdeu num estágio de dependência infantil. Sem esse domínio firme, uma criança é incapaz de descobrir o impulso, e só o impulso que é encontrado e assimilado é passível de autocontrole e socialização (WINNICOTT, 2005, p. 178).

Essa reflexão sobre o controle do impulso como forma de socialização levou Winnicott a outra reflexão sobre a atividade familiar e social da criança e do adolescente, como uma necessidade e um fundamento para qualquer processo educativo, seja ele com crianças saudáveis ou com aquelas que sofreram privação emocional e tiveram atitudes delinquentes. Winnicott (2005) afirma que uma criança tem a necessidade de dar mais do que receber. Isso significa que as crianças precisam participar ativamente de seu meio familiar, “contribuir” no processo construtivo em permanente relação de condução e controle pelos seus familiares, gerando, internamente, formas de controle dos próprios impulsos e a identificação com as pessoas e o meio circundante.

Por contribuir entendo fazer coisas por prazer, ou ser como alguém, mas ao mesmo tempo verificando que isso é uma necessidade para a felicidade da mãe ou para o andamento do lar. É como “encontrar o próprio nicho”. Uma criança participa fazendo de conta que cuida do bebê, arruma a cama, usa a máquina de lavar ou faz doces, e uma condição para que essa participação seja satisfatória é que esse faz-de-conta seja levado a sério por alguém. Se alguém zomba, tudo se converte em pura mímica, e a criança experimenta uma sensação de impotência e inutilidade físicas. Então facilmente poderá ocorrer uma explosão de destrutividade e agressão (WINNICOTT, 2005, p. 107).

A produção da subjetividade e da fantasia da criança deve ser respeitada, compreendida e vivenciada pelos adultos, que a educam, como meio de controlar a destrutividade. No desenvolvimento da criança, a alternativa para a destruição é a construção, o fazer gratificante que ela tem acesso por meio do brincar ou de atividades familiares orientadas sem imposição, mas com a anuência da criança. Ao desenvolver espontaneamente uma atividade familiar, de utilidade do lar ou lúdica, a criança polariza seu desenvolvimento para o processo construtivo, confluindo a sua felicidade no mesmo sentido da felicidade dos outros membros da família. Fala-se muito de prevenção ao uso de drogas, portanto, a verdadeira prevenção está na formação da criança que se for bem-formada pode até ter contato com as drogas e usá-las, mas dificilmente fará isso de forma abusiva ou descontrolada, minimizando as possibilidades de dependência.

Assim como existe o impulso destrutivo na criança, existe também o construtivo, que está relacionado a ambientes favoráveis, que proporcionam confiança e aceitação pessoal da criança, quando esta se responsabiliza pela sua natureza destrutiva. Desenvolvendo atividades voltadas para o bem-estar de pessoas próximas e queridas, ela contribui na satisfação das necessidades da família. Ao compreender seu caráter destrutivo, desencadeando culpa à criança, busca a satisfação do ser amado, alternando ódio e amor, destruição e construção.

As reflexões de Winnicott sobre privação emocional na infância fundamentam uma mudança de entendimento sobre as atitudes destrutivas, sobre a subjetividade e a fantasia como meio de fuga da realidade, sobre a compulsão como meio de defesa contra os sofrimentos psíquicos e sobre a origem do uso abusivo e a dependência de drogas. Identificando e compreendendo as causas e as consequências da privação emocional, podemos fundamentar melhor algumas práticas de redução de danos e compreender alguns princípios da Convenção de Caracas sobre a não internação massiva de usuários.

Compreensão da privação emocional como um fundamento da prática da redução de danos

Tanto na sociedade em geral e às vezes para os próprios redutores de danos, ainda se faz presente uma percepção preconceituosa, biologicista e proibicionista que compreende o usuário de drogas como um sujeito que necessita ser isolado e punido pelos seus atos (AMORIM; PAES, 2008). Partindo dessa lógica, muitas políticas de atendimento ainda reproduzem a concepção de que os usuários de drogas devem ser isolados ou punidos juridicamente, em uma espécie de vingança social.

A identificação da causa da violência na ruptura do afeto com a mãe ou familiar, durante a primeira fase da vida da criança, constitui importante subsídio para que os redutores de danos desenvolvam estratégias pedagógicas, objetivando reparar o problema e a educação dos usuários em si e não a sua punição. A abordagem da redução de danos permite um atendimento não preconceituoso que favorece a autoestima e a criação de vínculos entre os usuários e os redutores, em um primeiro momento, e entre os usuários e diferentes segmentos sociais como a família, programas de saúde, educação, dentre outros.

Compreendendo o sentido psicológico da privação emocional, os redutores fundamentam o entendimento de que os usuários devem ser conduzidos com autoridade, mas que lhes seja possível a expressão de sua subjetividade, de seus sentimentos, atuando tardiamente como uma relação de familiaridade (embora efetivamente profissional). O papel não vivenciado pelo usuário com sua mãe, de poder expressar sua agressividade e continuar a ser querido, pode ser tardiamente vivido, agora, não mais pela família, mas pela rede de apoio da redução de danos. Essa é uma conduta redutora que pode ser a chave para a educação do usuário. Isso não significa que ele irá expressar sua agressividade impunemente com seus colegas e profissionais da rede, pelo contrário, cada gesto destrutivo deverá ser lembrado e elaborado com ajuda dos redutores e, se for previsto nos regimentos das instituições da rede, sofrer as sanções pertinentes.

Quando utilizamos o conceito de “escuta” como abertura de um canal de comunicação entre os redutores e os usuários, compreendemos essa escuta não apenas como uma conversa objetivamente conduzida, mas como compreensão subjetiva de determinadas atitudes. A violência contida em determinadas atitudes deve ser compreendida como uma forma de expressão de sentimentos do usuário. A identificação das atitudes violentas e o posterior estudo destas pela equipe de redutores subsidiam as tomadas de decisões e o encaminhamento para determinadas atividades proporcionadas pela rede de apoio.

Se os usuários são originários de uma realidade familiar, comunitária e social de violência e destrutividade, seria uma ilusão romântica acreditar que nas cenas de uso ou nas instituições da rede eles se comportariam sempre com doçura e cordialidade. Eles vão continuar expressando sua violência, às vezes de uma forma contornável e outras, insuportável, e a sua conduta vai depender, em grande parte, de como a equipe de redução e da rede está organizada para lidar com essa violência. Ao compreender as causas e o sentido da violência do adolescente, a equipe se mune de um importante instrumento educativo, colocando a violência a favor da reflexão e da busca de novos valores tanto para os próprios adolescentes como para os redutores. O usuário jamais conseguirá refletir solitariamente sobre sua destrutividade, necessitando de referências externas para isso. O plano de trabalho da redução de danos deve estar preparado não apenas para negar a violência, mas para levar o usuário a refletir sobre sua ação violenta, suas causas e suas consequências. Winnicott (2005a; 2005b) propõe uma reflexão tendo como base o entendimento psicanalítico da destrutividade e não a compreensão moral que é em essência punitiva.

O usuário que não teve a oportunidade de externar sua destrutividade em um ambiente familiar, que lhe assegurasse a continuidade do envolvimento afetivo, agora, poderá elaborar e compreender sua própria destrutividade. Essa percepção remete às atividades a serem

trabalhadas pelos usuários na rede de apoio: peças de teatro, letras de música, conteúdos escolares, datas comemorativas e outros podem servir para a reflexão sobre a violência social e a individual. As atitudes e as atividades cotidianas dos usuários durante as atividades na rede são tão significativas quanto os conteúdos de estudos dos redutores, como instrumento de reflexão sobre a violência.

Para Winnicott, que escreveu sua obra em meados do século XX, o centro desse processo seria a psicanálise que desenvolveria esse trabalho de forma clínica. Transpondo a questão para o Brasil contemporâneo, compreendemos que esse papel deve ser exercido pelas redes externas que desenvolvem atividades familiares, profissionalizantes, escolares, artísticas, culturais, esportivas e outras; pelos profissionais responsáveis pela condução cotidiana dos usuários e pelos psicólogos, assistentes sociais e demais técnicos que atuam diretamente na rede de apoio.

Para que se consiga mobilizar os usuários, estes devem ser conduzidos de forma a identificar ao máximo seus desejos com a atividade a ser realizada. Isso é muito comum em oficinas de arte, cursos profissionalizantes, jogos esportivos, passeios culturais, festas e outras atividades que tenham caráter lúdico. O desafio é tornar o máximo possível essas atividades vivências espontâneas que sirvam de reflexão sobre a construtividade e a destrutividade e essa condução somente é possível quando os usuários são sujeitos do entendimento e da condução da própria atividade.

A proposta pedagógica da redução de danos tem como objetivo tornar os usuários sujeitos protagonistas da RD. Para isso, podem ser criados meios de desenvolver a participação, tais como assembleias de usuários no CAPSad ou na rede, autoavaliação e monitoramento pelos próprios adolescentes. Esses mecanismos favorecem o diálogo entre os próprios usuários e entre estes e a comunidade, possibilitando uma reflexão permanente sobre sua conduta e sobre seus impulsos destrutivos ou construtivos, desde que os redutores saibam conduzir esse

processo de forma a não estigmatizar e não romper o envolvimento emocional positivo com os adolescentes.

Deve haver sanções, quando previstas pelo CAPSad ou outras instituições da rede, mas isso não pode ocasionar uma ruptura da relação de respeito e afeto dos redutores em relação aos usuários. Não se pode perder a familiaridade das relações entre redutores e usuários, e, por isso, as sanções devem ser cumpridas, mas nada pode mudar nos encaminhamentos e sentimentos dos redutores em relação ao adolescente rebelde. O usuário pode não compreender de forma objetiva se os redutores continuam a respeitá-lo, mas subjetivamente ele percebe (sente) se o redutor rompeu ou mantém o vínculo de afeto e familiaridade com ele. Quando percebe que está sendo negado, ele não aceita a condução e procura outras formas de infringir normas e regras, potencializando ainda mais sua agressividade, que pode ocorrer na forma de um uso abusivo de drogas.

O similar da familiaridade na relação com os usuários é o vínculo emocional contínuo com o redutor, concedendo ao educador a autoridade para identificar e impor os limites da relação social e comunitária. Sem essa familiaridade, o redutor não consegue conduzir o usuário no encaminhamento para as atividades da rede e estas perdem seu caráter pedagógico, pois seriam impostas. A redução de danos acontece quando o adolescente internaliza determinados valores que o levam conscientemente a respeitar leis, regras e normas de convivência que favorecem sua relação familiar e comunitária. Todas as vezes que essas normas são impostas de fora para dentro, não há educação propriamente dita e, na maioria dos casos, desenvolve-se o sentido contrário, tornando o usuário mais distante das relações familiares e sociais e o empurrando para uma fuga no uso de drogas.

No caso do CAPSad ou outra instituição da rede (que não é uma família), existem regras determinadas de convivência interna que devem ser obedecidas e que dizem respeito a todas as atividades cotidianas desenvolvidas no espaço, tais como: horário de chegada, higiene

pessoal, limpeza do local, procedimentos durante as refeições, atividades educativas e terapêuticas, respeito aos colegas e profissionais de atendimento e muitas outras. Sem essas regras, a instituição seria um caos e deseducaria ainda mais os usuários, mas existe um espaço entre a regra e a condução não impositiva do usuário, que é o espaço onde se dá efetivamente a redução de danos. O autocontrole do usuário precisa ser desenvolvido diante das relações concretas que vivencia, da reflexão sobre seu passado, sobre seu entendimento de mundo e sobre suas propostas para o futuro. O autocontrole do usuário tem uma posição de mediação em relação aos outros objetivos da estratégia de redução de danos, sendo objeto de registro em documento que estuda e planeja a vida do usuário não para ele, mas com ele. Esse registro deve ser feito coletivamente e serve como ferramenta de reflexão sobre o desenvolvimento ou não da sociabilidade do usuário durante o tempo que estiver sendo atendido pelas equipes de redução de danos.

Nos CAPSad e nas outras instituições da rede de apoio, a vivência anterior de privação emocional deve ser considerada na proposta de redução de danos como um objetivo a ser superado pelo usuário sob a condução firme e segura (mesmo que lúdica) dos redutores e que ao mesmo tempo conduza os adolescentes de forma mais espontânea possível. Segura e firme no sentido de que as regras de convivência devem ser as mesmas e o menos flexível possível para todos e espontânea no sentido de que os usuários devem se deixar conduzir pelos redutores ao mesmo tempo em que se sentem sujeitos da atividade proposta.

Um redutor dá uma ordem para um grupo de usuários e todos cumprem com medo de alguma repressão. Na mesma situação, outro redutor solicita ou sugere uma reflexão sobre determinada atividade e os usuários interessam-se por ela, aceitando espontaneamente a sua condução porque já constituíram anteriormente um vínculo emocional de confiança e respeito. Enquanto o primeiro redutor não está educando, mas apenas cumprindo de forma alienada procedimentos previs-

tos, o segundo exemplo é verdadeiramente um procedimento de redução de danos, que consegue conduzir os usuários ao mesmo tempo em que estes se sentem sujeitos de suas próprias ações. A redução de danos estabelece uma identidade entre os sujeitos usuários e a estratégia de redução de danos.

A redução de danos somente se realiza quando o usuário é sujeito das atividades orientadas pelos redutores. Isso significa que o redutor deve conduzir o usuário no exercício de diferentes atividades, minimizando a compreensão da atividade como imposição externa, mas que seja resultante do desejo construtivo do próprio usuário diante de suas relações sociais e familiares. Esse agir como sujeito nas atividades deve ser um dos objetivos centrais da estratégia da redução de danos, não somente do ponto de vista terapêutico, conforme o fundamento apresentado na obra de Winnicott e Bowlby, mas, principalmente, do ponto de vista pedagógico.

A redução de danos se dá no equilíbrio entre a necessidade de rigor no cumprimento das atividades e normas previstas e a capacidade de tornar esse cumprimento o mais prazeroso possível. Manter ao máximo a exigência do cumprimento das normas, mas utilizando procedimentos mais humanizados na condução desse processo. Quando o educador expressa desprezo, raiva, ironia, medo, insegurança, não consegue ser convincente com o grupo de usuários que deve orientar. Os usuários percebem, mesmo que subjetivamente, passando a negar a orientação ou a cumpri-la apenas mecanicamente sem se mobilizar de fato na atividade. No caso da rotina de um CAPSad ou outra instituição da rede, a limpeza, a condução para outras atividades, existe muita rejeição por parte dos usuários. Essa rejeição poderia ser minimizada se conduzida por um redutor que atua no sentido de convencer o sujeito adolescente e não de atuar como um policial que grita ordens sem estabelecer uma relação humana de fato.

Outro exemplo de equívoco comum entre os redutores de danos são os que centram o processo educativo no usuário e muitas vezes ne-

glicenciam a relevância da sua própria capacidade de condução e dos encaminhamentos para a rede. Como vimos, Winnicott (1983; 2005a; 2005b) manifesta, em várias obras, a necessidade do controle externo exercido pela autoridade, em geral paterna, que impede que a mãe seja objeto da destrutividade da criança. O domínio firme é o que externamente produz o controle das atitudes das crianças e dos adolescentes que não tiveram a oportunidade de vivenciar o equilíbrio de relações familiares entre o afeto da mãe e o controle do pai rigoroso.

Na prática da redução de danos existem muitos profissionais que tendem a flexibilizar as normas de acordo com o caso, conforme a pressão exercida pelos usuários, modificando planos de trabalho, percurso e toda a sistemática da RD em campo. Essa atitude profissional prejudica a educação dos usuários por dois motivos. Primeiro, porque se o usuário não desenvolveu o seu autocontrole sobre seus impulsos destrutivos no início da infância, quando seria socialmente mais viável, ele terá que internalizar o controle tardiamente. Quando isso acontece, a necessidade da determinação dos limites sociais para o seu comportamento individual pode ter grande relevância na sua qualidade de vida. Esses profissionais permissivos, em geral, são respaldados por teorias do desenvolvimento que psicologizam o entendimento sobre o desenvolvimento educacional, minimizando a autoridade do educador e compreendendo-o como um facilitador que não determina limites, mas que espera que o indivíduo desenvolva por si próprio os seus limites.

Em outras situações, essa permissividade advém de culturas familiares que conseguiram educar com sucesso seus filhos em um ambiente de muito afeto e pouca imposição de limites. Grande parte dos nossos usuários não recebeu o afeto na intensidade e no momento em que precisavam, assim, necessitam de mais objetividade e rigor que os familiares citados. Profissionais tomados por uma espécie de sentimento paternalista fazem com que estes aceitem atitudes que são contrárias aos procedimentos de RD, impedem os usuários de internalizarem devidamente a necessidade social de controle sobre as próprias atitudes.

Quando a equipe de redutores tem uma estratégia pedagógica bem-estruturada e apropriada pelos profissionais, as atitudes autoritárias ou permissivas podem ser identificadas, discutidas e encaminhadas coletivamente para propor soluções. A estratégia pedagógica da RD deve prever reuniões sistemáticas da equipe com atores da rede, que agem como um elemento regulador da autoridade dos profissionais na sua individualidade, proporcionando certo equilíbrio que não é autoritário nem permissivo. Esse debate contínuo evita a disparidade de postura dos redutores e possibilita a todos tomarem consciência não somente das atividades que devem ser desenvolvidas, mas de teorias que fundamentam a prática pedagógica e do histórico de vida dos usuários.

Por isso o estudo de caso e os instrumentos de registro possibilitam a identificação das privações emocionais sofridas, como elas aconteceram, quais suas causas sociais e familiares, quais os seus desdobramentos na formação do usuário e que atitudes educativas tomar na orientação. Essa prática orienta a atividade de redução de danos desde a cena de uso até as atividades da rede.

Uma proposta educativa embasada sobre o entendimento de Winnicott fundamenta-se na identificação e no estudo da vida de cada usuário para compreender que tipo de privação emocional ele passou e constituir uma reparação por meio do diálogo com um profissional qualificado e no encaminhamento para a rede de apoio. O histórico de vida, nesse caso, abarca o entendimento sobre suas privações, a necessidade de determinados encaminhamentos e a reparação, que é a condução do usuário, mediante diálogo, ao entendimento de seu próprio sofrimento psíquico e ao reestabelecimento de relações afetivas que possam, com o passar do tempo, lhe dar segurança suficiente para o desenvolvimento de uma vida socialmente saudável.

É importante compreender que na abordagem inicial em campo ainda não existe informação e vínculo do redutor em relação ao usuário, então não há o que conduzir, mas apenas observar, oferecer escuta

e construir o vínculo. Todos os procedimentos apresentados anteriormente dizem respeito a um segundo momento quando os usuários já constituíram um vínculo com os redutores e estão sendo encaminhados para a rede de apoio.

2.6 A Concepção Vigotskiana de pensamento e linguagem e a prática da Redução de Danos

A exigência de abstinência do uso da droga não funciona com a maioria, mesmo depois de algum tratamento. Por isso, precisamos encontrar alternativas para reduzir os prejuízos causados pelas drogas. Temos de conscientizar o dependente a cuidar de si, sem que a condição para isso seja interromper as drogas, para reduzir os problemas associados às drogas no que diz respeito a sua condição social, econômica e de saúde, para beneficiar o usuário, sua família e quem vive em volta dele.*

Este texto tem como objetivo central demonstrar como muitos profissionais que atendem usuários de drogas ao invés de incluí-los, fortalecendo seus vínculos familiares, comunitários e institucionais, os excluem ainda mais, contribuindo para o fortalecimento de um discurso depreciativo e marginalizante do usuário de drogas.

O texto estuda de forma mais teórica e aprofundada a compreensão de Vigotski sobre a relação entre pensamento, aprendizagem e desenvolvimento. Ao fazer uma crítica radical aos pressupostos freudianos de Piaget, que compreende a gênese do desenvolvimento nos princípios do prazer, Vigotski fundamenta a valorização das formas de conhecimento mais elaboradas e complexas que necessitam da mediação de um sujeito externo. No entendimento do autor, a palavra e a linguagem são historicamente produzidas e vão sendo apropriadas pelas novas gerações na medida em que estas utilizam a imitação e internalizam, na forma de atividade, de fora para dentro, a cultura humana.

Utilizamos essas reflexões vigotskianas para fundamentar uma estratégia de redução de danos mais propositiva e efetiva na defesa dos direitos dos usuários, mas também no desenvolvimento da capacidade de orientação e condução dos redutores para com os usuários.

*IRONDINA DORNELLES, Redutora de Danos da ERD Ponta Porã, 2012.

Para isso partimos de algumas questões centrais. Que conhecimentos são relevantes para que os redutores consigam sustentar uma prática que encaminha efetivamente os usuários para o fortalecimento de vínculos com suas famílias, com programas de saúde, com serviços de assistência social, com ações de profissionalização, com a educação formal, cursos de arte e muitos outros serviços que lhes podem ser úteis? Que conhecimentos são relevantes para que os redutores desenvolvam argumentos fundamentados para a defesa dos direitos dos usuários?

O vínculo entre o redutor e o usuário deve ser visto como um ponto de partida, para a constituição de inúmeros outros vínculos mais efetivos e relevantes na vida dos usuários, mas, para que isso se concretize, os redutores devem ser preparados para o desenvolvimento dessa função. Dai a importância da fundamentação teórica e de uma metodologia que favoreça ao redutor ir além do vínculo inicial, compreendendo a lógica psíquica que o remete a uma posição de sujeito na condução da vida do usuário. Não precisa ser o médico terapeuta que impõe normas, nem o professor que exige respostas, mas também não pode manter a prática da RD no restrito campo da relação com o próprio usuário. Para ir além dessa relação inicial, o redutor deve ter um entendimento dos objetivos do seu trabalho que sustente a necessidade de manter a ação focada no encaminhamento, na condução e na vinculação dos usuários à rede de apoio e também em fazer a defesa de direitos dos que tiveram problemas com o uso de drogas.

A garantia dos direitos do usuário enfrenta uma sólida racionalidade sustentada por argumentos que isolam o usuário do direito de escolher seu destino, de ter acesso a serviços necessários, de ter uma vida digna e, principalmente, de participar como protagonista da construção, para si, de uma vida mais saudável e feliz. Todo cidadão tem direito de ser respeitado, de ser sujeito de sua própria vida, de ser atendido com qualidade, de utilizar os serviços públicos necessários e, nesse sentido, o redutor de danos é um defensor e, ao mesmo tempo, um operador dos direitos do usuário.

Para subsidiar o redutor na realização desses dois objetivos, faremos um estudo sobre a compreensão de Vigotski sobre a relação entre o pensamento e a linguagem e o desenvolvimento. A compreensão desses conceitos favorece a construção de uma lógica mais propositiva da atividade de redução de danos conforme explicaremos mais ao final do texto. A ausência de diretividade e de efetividade no atendimento a usuários de drogas, nas atividades de redução de danos em campo, resulta um processo muito lento que não consegue mudar o panorama de atendimentos aos usuários e, conseqüentemente, tem pouco impacto na redução dos danos advindos do consumo de drogas.

Os estudos de Vigotski sobre a relação entre pensamento e linguagem na orientação do desenvolvimento infantil e adolescente demonstram a importância dos conceitos científicos e mais complexos como fundamental para o desenvolvimento do indivíduo. A ausência desses conhecimentos favorece a dificuldade, tanto dos redutores quanto dos usuários, na compreensão dos códigos eruditos e científicos que organizam a realidade social, prejudicando diretamente sua inserção saudável na sociedade e sua capacidade de defesa de direitos.

Vigotski faz uma crítica à concepção de desenvolvimento de Piaget, que pode ser útil para fundamentar uma ação de redução de danos que valorize a apropriação dos códigos eruditos da cultura, a ciência e a estética relacionadas à defesa dos direitos dos usuários. Ao entender a apropriação da ciência e da estética como o sentido fundamental para o desenvolvimento e a inserção social, o prazer imediato da relação redutor/usuário deixa de ser o centro da metodologia da redução, passando a valorizar também a capacidade dos redutores e dos usuários na realização dos objetivos do trabalho. Ao falar do desenvolvimento e da educação, Vigotski chega a firmar que o professor é um general e que os alunos são os inimigos, pois tentam todo o tempo conduzir a aula para o senso comum e que o professor deve saber cem vezes mais do que o conteúdo que ensina aos alunos para manter a aula no campo da ciência e da estética sem se entregar aos

devaneios dos alunos (VIGOTSKI, 2001b). Em relação à redução de danos, isso significa que o papel dos redutores é conquistar a confiança dos usuários para depois conseguir encaminhá-los efetivamente para programas de atendimento e relações familiares e comunitárias. Para isso, o redutor tem que desenvolver a capacidade de convencer os usuários, seus familiares e amigos e também os profissionais dos programas de atendimento.

Vigotski não é apenas um estudioso da prática, mas um pesquisador que se aprofunda vertiginosamente na compreensão da gênese do desenvolvimento humano, proporcionando um fundamento teórico capaz de romper com essa educação focada no senso comum e no prazer imediato do aluno. Para isso, fomos estudar a concepção vigotskiana sobre a relação entre pensamento e linguagem e a origem do desenvolvimento infantil, demonstrando o equívoco da atual compreensão sobre a educação, que desvaloriza o conhecimento sistematizado utilizando apenas as representações do senso comum como mecanismo de provocar o desenvolvimento humano, lembrando que o desenvolvimento do usuário, nas suas relações familiares, comunitárias e sociais é um dos principais objetivos da RD.

Pensamento e linguagem na obra de Vigotski

Nos últimos anos de sua vida, já parcialmente debilitado pela tuberculose, Vigotski terminou sua obra mais conhecida *Pensamento e Linguagem*, publicada nos anos de 1950 no Reino Unido e novamente na União Soviética, depois de ser censurada durante o stalinismo. Pesquisadores e estudiosos que tratam sobre o assunto, em diferentes partes do mundo, aclamaram a obra como uma das mais importantes do século XX sobre a psicologia do desenvolvimento (BURGUESS, 1993). Nessa obra, Vigotski aprofundou e sintetizou várias concepções teóricas e metodológicas que vinha desenvolvendo desde o início de sua produção científica sobre a relação entre desenvolvimento e aprendizagem, utilizando os mesmos princípios metodológicos que o consagraram na psicologia soviética.

A busca pela compreensão da relação entre o pensamento e a linguagem levou Vigotski a criticar os pesquisadores da psicologia que propunham uma metodologia cujas particularidades, no caso o pensamento, a linguagem e a palavra, eram estudadas isoladamente, levando a uma análise em que os produtos perdiam as propriedades do todo. Também teceu críticas àqueles que realizavam suas análises considerando apenas o todo, e negligenciando a especificidade das partes. Essa reflexão vigotskiana muda radicalmente o sentido de qualquer atividade educativa, inclusive a redução de danos, que não pode ser compreendida como uma prática autoritária de imposição aos usuários, mas também não pode ser somente espontânea.

O autor parte de um amplo estudo teórico e crítico sobre outros estudiosos que já haviam escrito sobre o tema para posteriormente sustentar sua teoria. O primeiro estudado é Jean Piaget, que havia publicado recentemente os quatro volumes da obra *A Linguagem e o Pensamento da Criança* (1986)¹¹. Vigotski procura situar Piaget dentro da crise dos fundamentos teóricos da psicologia¹² que, por não ter um sistema científico uno capaz de abranger e unificar todo o conhecimento atual da psicologia, faz com que cada pesquisador da área crie sua própria psicologia, com seus próprios fundamentos, como a Gestalt, a Psicanálise, a Reflexologia e outras, com disputa constante entre materialistas e idealistas. Vigotski entende que Piaget não queria assumir uma posição nessa disputa, optando conscientemente por fugir da tomada de posições filosóficas.

Vigotski faz uma crítica aos fundamentos teóricos que Piaget efetivamente utilizou, mas sempre negou. Atribui ao pesquisador suíço a utilização do egocentrismo como elo central do pensamento infantil,

11. Segundo o tradutor de *Pensamento e Linguagem*, do russo para o português, Paulo Bezerra, Vigotski usa os quatro volumes da edição russa de *A Linguagem e o Pensamento da Criança* de Piaget (1986). Em português só existe o primeiro volume traduzido por Manuel Campos e também editado pela Martins Fontes.

12. Em 1927, Vigotski havia publicado *O Significado Histórico da Crise na Psicologia* (VIGOTSKI, 1991), na qual aprofunda e propaga sua ideia sobre a ausência de fundamentos metodológicos da psicologia moderna.

diretamente relacionado ao pensamento autístico que, sob a perspectiva freudiana, é determinado pelo inconsciente, o sonho e o prazer. Vigotski identifica a adoção desses pressupostos psicanalíticos na formulação do significado do pensamento autístico e, por decorrência, do egocentrismo na obra de Piaget e vê nisso uma filiação filosófica determinada em sua proposta, no caso, ao idealismo freudiano.

Nem mesmo do ponto de vista da evolução biológica e da análise biológica do comportamento do recém-nascido o pensamento autístico justifica a tese básica lançada por Freud e adotada por Piaget segundo a qual o autismo é o degrau primário e fundante sobre a qual se estruturam todas as fases sucessivas no desenvolvimento do pensamento. O pensamento que surge lá nos primórdios é, segundo as palavras de Piaget, uma espécie de fabulação, o princípio do prazer, que orienta o pensamento autístico, antecede o princípio de realidade que governa a lógica do pensamento racional (VIGOTSKI, 2001c, p. 37).

Os pressupostos teóricos de Vigotski o levaram a conceber os princípios da realidade material e histórica como primários no desenvolvimento do pensamento infantil. Isso fundamenta sua crítica aos pressupostos freudianos onde os mecanismos do prazer é que são primários no processo de desenvolvimento. Aí reside o fundamento da crítica de Vigotski que vê nos fundamentos não assumidos de Piaget um equívoco metodológico que se traduz no primado do prazer, do sonho e do devaneio, inúteis e entregues a si mesmos, sobre o pensamento efetivo e prático, criado na relação com a realidade e em permanente processo de produção dialética entre a individualidade e o meio exterior.

Vigotski exemplifica detalhadamente os equívocos gerados pela metodologia adotada por Piaget sobre o inconsciente do pensamento autístico, onde o desenvolvimento infantil é considerado como algo que acontece por si mesmo, como se não fosse determinante a relação com as formas culturais exteriores ao indivíduo.

Admitir que a lógica dos sonhos são primárias do ponto de vista da função biológica, que o pensamento surgiu na série biológica e desenvolveu-se na transição das formas animais inferiores para as

superiores e destas para o homem como função de auto-satisfação como processo subordinado do princípio do prazer, é um *non-sense*, precisamente do ponto de vista biológico. Admitir que o princípio do prazer é primário no desenvolvimento do pensamento implica tornar, desde o início, biologicamente inexplicável o processo de surgimento da nova função psicológica que chamamos de intelecto ou pensamento (VIGOTSKI, 2001c, p. 40).

Duas questões foram tiradas por Vigotski sobre essas reflexões. Uma questiona a própria ligação do pensamento autístico ao egocentrismo infantil, ou à fala egocêntrica, e a outra, questiona a inutilidade e o isolamento desse tipo de atividade mental. Partindo dessa reflexão, Vigotski tece uma crítica à maneira como Piaget compreende a fala egocêntrica. A atividade infantil central para a compreensão do pensamento infantil tanto na obra de Piaget quanto de Vigotski, mas, com entendimentos fundamentalmente opostos, onde um é idealista e o outro é materialista e histórico.

A relação entre o autismo e o pensamento egocêntrico fundamenta a obra de Piaget no sentido de compreender também a fala egocêntrica como um devaneio, um produto inútil da sua psiquê. Isso o leva a definir a fala egocêntrica como uma fala não socializada, que não tenta se colocar do ponto de vista do interlocutor, como uma fala de si para si, que se extingue na idade escolar e que não tem uma função objetiva no desenvolvimento da criança. Não interessa para a criança se estão escutando já que não existem objetivos para a atividade infantil da fala egocêntrica, nem do ponto de vista da criança nem do ponto de vista de sua importância para o desenvolvimento infantil do pensamento e da linguagem (idem, p. 50-51). Essa reflexão muda o entendimento de qualquer prática educativa, tornando-a mais diretiva e objetiva no sentido de valorizar as relações sociais em detrimento de um pseudosentido que nasce dentro do próprio indivíduo.

Vigotski, com base em estudos teóricos e pesquisas experimentais, discorda frontalmente dessa concepção piagetiana da fala egocêntrica, compreendendo que esta tem uma importância significativa no

desenvolvimento infantil. Para ele, a fala egocêntrica tem uma função primordial que é a apropriação da linguagem falada como forma de desenvolvimento do pensamento infantil. Em suas pesquisas experimentais, o autor identificou o aumento significativo da fala egocêntrica quando as crianças eram colocadas diante de tarefas mais difíceis de serem realizadas. Nesses casos, elas utilizavam essa fala como meio de ajuda ao pensamento, como no exemplo no qual uma criança é desafiada a pegar um objeto, encima de um móvel muito alto, tendo ao seu lado uma vara. Ao perceber a vara, ela diz para si mesma, em tom baixo e quase incompreensível, que vai pegar a vara, evidenciando a utilidade da fala egocêntrica.

Mediante muitas outras pesquisas experimentais como essa, e de estudos teóricos, Vigotski buscou compreender a gênese do desenvolvimento infantil como um todo, por meio do estudo de suas particularidades, como o pensamento, a linguagem, a fala e, mais especificamente aqui, a fala egocêntrica. Foi negando os fundamentos metodológicos de Piaget que Vigotski conseguiu se apropriar criticamente da sua obra, não como uma negação absoluta, mas como uma forma de superação das falhas teórico-metodológicas do pesquisador suíço.

Mas as nossas experiências mostram que entre a linguagem egocêntrica e o caráter egocêntrico do pensamento pode não haver nenhuma relação. [...] A linguagem egocêntrica da criança não só pode não ser expressão do pensamento egocêntrico como ainda exercer uma função diametralmente oposta ao pensamento egocêntrico – a função de pensamento realista –, e assim aproximar-se não da lógica do sonho e do devaneio mas da lógica da ação e do pensamento racionais e sensatos (VIGOTSKI, 2001c, p. 60).

Segundo Vigotski, Piaget define o pensamento egocêntrico e a linguagem egocêntrica como uma fase de transição entre o autismo e uma forma lógica de pensamento, interpretando-os não em sua relação de produção comum com o pensamento socializado. Essa afirmação foi tomada de empréstimo da psicanálise, que entende o pensamento autístico como uma fase primária na história do desenvolvimento do pensamen-

to. O próprio conceito de linguagem socializada, utilizado por Piaget, reforça a sua posição teórica, pois se entende por socializado aquele que antes não era social e que se tornaria social no processo de mudança de desenvolvimento. Para Vigotski, ao contrário, a fala egocêntrica é uma forma transitória da linguagem exterior para a interior, da linguagem social para a individual, inclusive para o pensamento autístico verbalizado, inexistindo uma fala que não seja socializada (idem, p. 65).

O movimento real do processo de desenvolvimento do pensamento infantil não se realiza do individual para o socializado, mas do social para o individual, fortalecendo a concepção de que o desenvolvimento não acontece por si só e necessita da mediação de pessoas que estão em um patamar superior do processo de desenvolvimento (idem, p. 67). No caso da RD, os redutores foram bem-preparados para contribuir na condução dos usuários para a construção dos vínculos familiares, comunitários e sociais.

A fala egocêntrica cumpre um papel vital no desenvolvimento da linguagem e do pensamento, ao resignificar as particularidades perceptíveis a sua volta com palavras e sustentar seu próprio pensamento que ainda não se apropriou da linguagem como um meio interno do pensamento. A linguagem egocêntrica é sim uma linguagem intermediária, mas ela não se dissolve, ou se acaba, interioriza-se, transformando-se na base das formas superiores do pensamento. Com a apropriação da linguagem pelo pensamento, esse processo perde sua necessidade aparente, pois se internaliza e passa a acontecer no próprio pensamento de forma não sonora. Sintetizando, Vigotski vê na fala egocêntrica uma fase no desenvolvimento do pensamento, quando a linguagem socialmente produzida é internalizada passando a ser parte do pensamento. Isso o levou a identificar no fundamento idealista de Piaget as razões que o levaram a compreender o meio social como algo externo que obriga o indivíduo a conter suas atrações. “A coação e a pressão são suas palavras que não saem das páginas desse livro” quando Piaget fala das influências do meio social (idem, p. 79).

A criança não é considerada como uma parte do todo social, como um sujeito das relações sociais que, desde os seus primeiros dias de vida participa da vida social daquele todo a que ela pertence. O social é visto como algo situado fora da criança, que a pressiona e reprime seus próprios modos de pensamento (VIGOTSKI, 2001c, p. 80).

Outra crítica feita por Vigotski aos postulados piagetianos é a não consideração da atividade prática da criança no desenvolvimento do seu pensamento. É como se o desenvolvimento se desse pela criança entregue a si mesma, sem considerar sua ação na realidade social, que é vista como um elemento estranho e repressor ao indivíduo.

Acontece, porém, que ele (Piaget) vê o pensamento como uma atividade totalmente dissociada da realidade. Mas uma vez que a função fundamental do pensamento é o conhecimento e o reflexo da realidade, é natural que esse pensamento considerado fora da realidade, torne-se um movimento de fantasmas, uma parada de figuras mortas delirantes, um brinquedo de rodas de sombras mas não um pensamento infantil real e rico de conteúdo. [...] Ele mostra como o pensamento lógico reprime as peculiaridades do pensamento infantil, como se introduz de fora na substância psicológica da criança e é por esta deformado (VIGOTSKI, 2001c, p. 91).

Na obra *Pensamento e Linguagem*, Vigotski, (2001c) dedicou mais de 80 páginas para esclarecer sua crítica aos pressupostos teóricos e metodológicos que levaram Piaget¹³ a uma falsa interpretação sobre o desenvolvimento do pensamento e da linguagem e ainda voltou a tratar da questão inúmeras vezes no livro para fundamentar a sua própria teoria.

Por meio do estudo e da crítica a autores como Stern, Koffka, Köhler, Bühler e o próprio Piaget, Vigotski (idem, p. 97; 143), aprofunda sua psicologia histórica sobre a relação do pensamento e a linguagem, demonstrando que o pensamento existe na criança inicialmente, sem

13. Não é nosso interesse aprofundar essa questão neste artigo, mas existem outros trabalhos publicados que tratam sobre a impossibilidade de identificação teórica ou metodológica entre Vigotski e Piaget e especificamente: Duarte (2000b; 2001; 2005), Facci (2004) e Klein (1996).

a necessidade da linguagem e que esta também existe inicialmente na criança sem o pensamento. Essa segunda afirmação está fundamentada na perspectiva de que a atividade humana precede o processo de tomada de consciência. A criança¹⁴ utiliza inicialmente as palavras ainda como imitação, como uma atividade ainda não conscientizada, e a continuidade dessa atividade vai paulatinamente produzindo na criança a consciência de que tal palavra está relacionada a tal objeto. No início existem somente balbucios incompreensíveis que vão sendo ativamente internalizados pela criança na medida em que ela imita e repete os gestos dos adultos. Nesse processo, a criança desenvolve gradualmente a capacidade motora de articular determinada palavra corretamente. Como somente por meio do significado a linguagem pode ser internalizada pela criança, esse significado vai sendo apropriado pela criança na realidade externa, no social (idem, p. 119).

Tais constatações levaram Vigotski (idem, p. 133 - 149) a afirmar que existe um estágio pré-verbal no desenvolvimento da fala da criança e um estágio pré-intelectual no desenvolvimento do seu pensamento e que essas modalidades de desenvolvimento somente se cruzam em um momento posterior, tornando o pensamento verbal e a fala intelectual. O autor define como “linguagem interior” a utilização da linguagem como um instrumento capaz de tornar o pensamento mais complexo ou superior. O desenvolvimento da “linguagem interior” acontece quando a criança domina as estruturas da linguagem que passam a constituir as estruturas básicas do seu próprio pensamento. Já a “linguagem exterior” é a linguagem utilizada diretamente com o objetivo dialógico, de entrar em contato com o outro, para a comunicação externa. Esse fato, constatado no estudo bibliográfico e nas pes-

14. Vigotski estudou a gênese do pensamento centrando suas pesquisas experimentais na criança. Mesmo sendo os sujeitos pesquisados neste artigo, **os usuários de drogas**, mantivemos sua explicação centrada no pensamento da criança, pois acreditamos que essa reflexão é imprescindível para a compreensão do pensamento humano em geral e muda radicalmente a forma de abordagem, orientação e encaminhamento dos usuários pelos redutores.

quisas experimentais desenvolvidas por Vigotski, inverte o sentido do desenvolvimento, indo do social externo para o pensamento interno, ao contrário do que pressupõem Piaget, Freud, Stern, a Gestalt e todas as demais tendências idealistas da psicologia e que, por esse motivo, são chamadas de não científicas e metafísicas por Vigotski

Essa relevante conclusão vigotskiana define o desenvolvimento do pensamento como dependente de instrumentos externos, no caso a linguagem, que, por sua vez, depende da experiência sociocultural. A constatação de que o desenvolvimento do pensamento verbal é uma forma histórico-social de desenvolvimento e não natural ou inata leva o autor à constatação de que também existem leis e propriedades que não podem ser descobertas por meio de uma concepção naturalizante do pensamento e da linguagem.

Ao reconhecermos o caráter histórico do pensamento verbal, devemos estender a essa forma de comportamento todas as teses metodológicas que o materialismo histórico estabelece para todos os fenômenos históricos na sociedade humana. Devemos esperar de antemão que, em linhas gerais, o próprio tipo de desenvolvimento histórico do comportamento venha a estar na dependência direta das leis gerais do desenvolvimento histórico da sociedade humana. Com isso o próprio problema do pensamento e da linguagem ultrapassa os limites metodológicos das ciências naturais e se transforma em questão central na psicologia histórica do homem, ou seja, da psicologia social (VIGOTSKI, 2001c, p. 149 e 150).

Essa reflexão é imprescindível para que se compreenda por que Vigotski vai centrar o seu estudo sobre o desenvolvimento do pensamento e da linguagem na palavra, que é um bem cultural historicamente produzido. A palavra no entendimento do autor soviético é entendida como uma representação de um significado anteriormente dado em relação a sua característica sonora ou simbólica. Esse significado não é imutável, pelo contrário, varia internamente, modifica-se ao se relacionar com outros significados. Acontece uma generalização em que o significado de uma palavra evolui quando se amplia o repertório de outras palavras com outros significados (idem, p. 360-361).

Para Vigotski, as associações entre os símbolos verbais (palavras), mesmo sendo sólidas e numerosas, ainda não podem ser consideradas um conceito. O conceito surge mediante a existência de um problema que só possa ser solucionado com a formação de novos conceitos. A existência de um problema cria uma necessidade particular de pensamento, articulado com a atividade de solucioná-lo, então novos conceitos são desenvolvidos para sustentar essa forma de pensamento particular.

Ao contrário do amadurecimento dos instintos e das atrações inatas, a força motivadora que determina o desencadeamento do processo, aciona qualquer mecanismo de amadurecimento do comportamento e o impulsiona para frente pela via do ulterior desenvolvimento não está radicada dentro mas fora do adolescente e, neste sentido, os problemas que o meio social coloca diante do adolescente em processo de amadurecimento e estão vinculados à projeção desse adolescente na vida cultural, profissional e social dos adultos são, efetivamente, momentos funcionais sumamente importantes que tornam a reiterar o intercondicionamento, a conexão orgânica e a unidade interna entre os momentos do conteúdo e da forma no desenvolvimento do pensamento. [...] Onde o meio não cria os problemas correspondentes, não apresenta novas exigências, não motiva nem estimula com novos objetivos o desenvolvimento do intelecto, o pensamento do adolescente não desenvolve todas as potencialidades que efetivamente contém, não atinge as formas superiores ou chega a elas com um extremo atraso (VIGOTSKI, 2001c, p. 171).

Ao buscar as raízes genéticas e causais do pensamento e da linguagem, Vigotski considera a qualidade histórica da palavra em permanente estado de transformação. Isso o levou ao estudo da “formação de conceitos”, com o intuito de aprofundar o entendimento de como se desenvolve a relação entre o pensamento interno e a linguagem por meio da palavra.

Ao compreender de forma correta como se dá a gênese do pensamento e da linguagem na criança, ele identifica uma hierarquização no processo de desenvolvimento quando os conceitos não mais são impor-

tantes na sua quantidade, mas na qualidade. Surge um novo conceito que conforma todos os demais, como uma generalização de conceitos mais simples apropriados anteriormente. No grau posterior, esses conceitos mais complexos somente podem ser apropriados pela mediação de outra pessoa, em geral, um professor. Toda essa reflexão muda radicalmente a concepção didática da estratégia da redução de danos.

Fizemos esse mergulho em um dos aspectos mais importantes da teoria de Vigotski para demonstrar primeiramente que o desenvolvimento, quando objetivo e dirigido, acontece de forma muito mais rápida. Na RD isso significa que o redutor que tem mais diretividade e objetividade na sua relação com o usuário atingirá resultados melhores no sentido de reduzir o dano advindo do uso de drogas ou de outras dificuldades de sociabilização. Continuando o mesmo raciocínio, Vigotski afirma que a palavra, o conceito e a linguagem são fundamentais para qualquer forma de desenvolvimento, o que nos remete a uma nova prática de RD que considera a apropriação de novos conceitos pelos usuários um dos pontos fundamentais para que se reduzam os danos.

Conhecimento e diretividade na prática da RD

A mudança de compreensão sobre a gênese do desenvolvimento nos leva à compreensão de que a linguagem historicamente produzida é muito importante para o desenvolvimento humano individualmente e para a humanidade em geral. Sem apropriação dos códigos comunicativos mais complexos da linguagem, os cidadãos permanecem imersos no senso comum tendo grande dificuldade na compreensão da realidade social e de comunicação com as formas institucionais, resultando em isolamento e alienação em relação às formas mais saudáveis da vida social, como a cultura, a educação, o trabalho e outras.

Esse isolamento é um dos principais danos vividos pelos usuários de drogas e que são impostos pelos métodos proibicionistas de atendimento, pela sociedade em geral e vividos diretamente pelos usuários. Tanto para os redutores quanto para os usuários, a apropriação dos có-

digos ditos eruditos, científicos, são relevantes para a integração social, comunitária e familiar dos grupos que usam drogas ilícitas. Mantê-los na “ignorância” é uma forma de mantê-los isolados, de aprofundar ainda mais a marginalidade imposta socialmente a esse segmento.

Se compreendermos o conhecimento como uma ferramenta para ser utilizada nas relações sociais (VIGOTSKI, 2001b), compreendemos a valorização desse mesmo conhecimento na formação das novas gerações e, no nosso caso, dos usuários de drogas. A ausência de domínio dos códigos da racionalidade contemporânea afeta negativamente o cidadão de duas formas: como dificuldade direta na comunicação e relação social e na produção interna da sua própria personalidade que ficará fragilizada, gerando baixa estima e incapacidade. Fugindo das relações familiares e sociais, eles encontrarão uma maneira possível de exercer sua necessidade de interferir na produção do gênero humano, só que de forma destrutiva e não construtiva. A destrutividade manifesta-se na dificuldade em criar vínculos com os meios sociais saudáveis, na destrutividade das coisas e das pessoas e na destrutividade de si mesmo, tornando-os mais vulneráveis ao uso abusivo e descontrolado de drogas.

Toda prática pedagógica tem fundamentos teóricos, mesmo que estes estejam velados e sejam de fato utilizados sem a consciência do educador. A ausência de uma referência teórica explícita é também resultante de um fundamento muito comum nas pedagogias liberais idealistas criticadas por Vigotski. São métodos de educação voltados para a adaptação dos indivíduos às necessidades do sistema produtivo.

Um redutor que não consegue explicitar seu fundamento teórico-metodológico, apenas copia inconscientemente procedimentos observados na prática de outros redutores. A ausência de fundamentos teóricos e metodológicos resulta de interesses econômicos que compreendem a maioria das pessoas não como seres humanos que necessitam da cultura para melhor viverem, mas simplesmente como trabalhadores voltados para as necessidades do mercado, como instrumentos ou ferramentas necessários para ampliar as margens de lucro dos investi-

mentos. O trabalhador deve ser adaptado ao processo produtivo e os serviços de atendimento social têm um importante papel nesse sentido, o de não permitir o acesso ao conhecimento mais elaborado, mas somente a um mínimo necessário para manter o serviço funcionando mesmo que não atinja seus objetivos.

Quando Piaget compreende o desenvolvimento da criança em si mesma, sua teoria adapta-se perfeitamente aos interesses de mercado. No caso dos usuários de pasta e *crack*, se o cidadão tem todas as condições para aprender criativamente partindo do senso comum e não aprende, então isso se deve ao próprio cidadão e não às instituições e relações familiares e comunitárias. Como se o desejo de que fala Piaget fundado em Freud nascesse como uma planta hermética dentro de si mesmo e não fosse também apropriado pela atividade humana oriundo da cultura.

Muitos redutores afirmam que os usuários não têm interesse pelo conhecimento, que jamais estudariam e não têm interesse em aprender nada. Se ensinarmos aos usuários apenas o que eles querem aprender, pouco ou nada será realmente aprendido e a redução de danos será muito tímida, restringindo-se ao fortalecimento causado pelo vínculo e pelo controle de doenças epidemiológicas. Nessa perspectiva, o usuário é visto como objeto de uma política e não como um ser humano que precisa ser orientado para aprender novos hábitos e tornar-se sujeito.

Uma vez criado o vínculo inicial, o próximo passo é uma condução planejada com usuário, na qual se estabelece um diálogo, sem moralismo, mas que tem como objetivo guiar o usuário, por seus próprios pés, na conquista de maior compreensão e controle sobre seus atos, diante das relações sociais. O planejamento da vida, a retomada das relações afetivas, a busca de novos horizontes, os cuidados com a saúde, o fortalecimento da autoestima e os mecanismos de controle sobre o uso de drogas são objetivos a serem alcançados pelo usuário na relação com o redutor.

Sob a perspectiva piagetiana, o usuário avançaria sozinho nessa caminhada conforme um desenvolvimento interior e solitário de sua maturidade. Na perspectiva vigotskiana, esse processo de maturação é

objeto de planejamento dos redutores que atuam objetivamente nesse sentido, acelerando e conquistando com os usuários um espaço muito maior de construção de vínculos sociais e controle sobre o uso da pasta e *crack*. A retomada das relações familiares e com instituições sociais não acontece por si mesmo, é necessário que o redutor compreenda seu papel e seja resoluto ao orientar e conduzir o usuário. No processo de comunicação entre o redutor e o usuário existe um conflito latente que necessita de fundamentos para ser transformado em vontade e determinação do usuário no sentido de agir para organizar sua vida.

Para o convencimento do usuário é importante que o redutor domine certas áreas do conhecimento, que são sustentadas por palavras e conceitos desconhecidos inicialmente pelos usuários. Quando esses conceitos são internalizados pelos usuários, eles funcionam como bases de sustentação para novos comportamentos de integração social e autoestima. Toda uma lógica conceitual precisa ser internalizada pelos usuários que as recebem pela intencionalidade pedagógica dos redutores. A estratégia de redução de danos vai muito além da abordagem, da criação do vínculo e dos encaminhamentos, constituindo um método previamente estudado de interferência nos valores e, por conseguinte, nas atitudes dos usuários na condução de suas vidas. Não estamos falando de uma condução autoritária, militar, mas de uma condução que parte do campo da espontaneidade e do prazer dos usuários e se desenvolve no sentido da construção interna de uma nova lógica que sustente sua busca por sociabilidade e controle sobre o uso.

A condução dos usuários pelos redutores é ainda muito depreciada por grande parte daqueles que orientam as estratégias dos programas de RD em geral. Nossa estratégia de RD considera que um eixo do processo educativo é o conhecimento sistematizado e o redutor necessita deter esse conhecimento mais abrangente e profundo, que funciona como um instrumento para influenciar de forma genérica os grupos de redutores.

Para que os usuários se apropriem das complexas linguagens que dão organicidade ao mundo contemporâneo, principalmente aquelas relacionadas a sua saúde física e psíquica, precisam nesse momento da

mediação e orientação dos redutores. Essa mediação pode acontecer de diferentes formas, conduzindo para reflexão sobre as relações familiares e comunitárias, sobre o passado do usuário, sobre as demandas de saúde, habitação, social, cultural, esportiva, mediante a leitura de textos e infinitas outras formas. As reflexões podem ser individuais ou conduzidas em grupo, mas a base desse procedimento é a capacidade de arguição e explicação do redutor sobre questões que parecem óbvias, mas que o usuário não vê.

O redutor domina ao mesmo tempo aspectos do conteúdo científico e a linguagem dos usuários, sendo capaz de decodificar complexas ordens de relacionamento humano, mas com uma linguagem acessível aos usuários. A ausência de estudos teóricos na formação dos redutores fragiliza sua *performance* profissional, impedindo-o de exercer com mais competência sua influência sobre os usuários.

Ao centrar o processo educativo formal no autodesenvolvimento de quem aprende a perspectiva pedagógica piagetiana, o redutor passa a valorizar mais as atividades criativas e individuais do próprio aluno em detrimento da orientação e de um processo dirigido de ensino. A própria palavra ensino se tornou algo proibido. É comum escutarmos ou lermos explicações sobre atividades educativas nas quais o aprendizado só acontece na relação entre iguais, mas essa forma é duramente criticada por Vigotski, que defende que na educação intencional (caso da RD) o que sabe mais ensina e conduz o aprendiz para o seu desenvolvimento. A apreendida das pedagogias liberais e solidamente fundamentada na psicologia de Piaget, na prática, vai retirar do redutor de danos a autoridade da sua profissão e relativizar sua relação com o usuário. Isso decorre da compreensão de Piaget que vê o desenvolvimento infantil de dentro para fora, afirmando a existência de um processo de desenvolvimento humano que não é social nem histórico. Essa lógica sustenta uma posição de que o redutor não precisa estudar ou conhecer qualquer conteúdo mais elaborado e complexo, ficando sempre no senso comum e isso deprecia sua profissão.

É importante compreender que conteúdo e disciplina estão intimamente relacionados. Se o conhecimento é considerado o foco central do processo educativo, o entendimento sobre disciplina é mais rigoroso, pois somente com muita disciplina se consegue apreender os conhecimentos mais complexos, como as ciências ou as artes. Já se a fundamentação pedagógica valoriza mais os processos e o aluno e menos os conteúdos, então o rigor disciplinar fica para segundo plano. Por isso, a relação entre redutor e usuário deve ser uma relação de grande respeito que fundamente esse respeito também para as relações do usuário com os profissionais da rede em geral.

Quando se valoriza mais uma percepção coletiva e social de aprendizagem, o rigor disciplinar torna-se mais relevante. Por outro lado, quando há valorização da aprendizagem do indivíduo isolado, isso fundamenta e justifica a ausência de disciplina, onde o indivíduo se sobrepõe ao coletivo. As pedagogias liberais vão valorizar justamente o indivíduo e terão grande responsabilidade sobre o atual estágio de indisciplina e desrespeito generalizado em relação a qualquer forma de autoridade, como a familiar, a comunitária, a do professor, do psicólogo, do educador, do médico, do redutor e de tantos outros que detêm uma autoridade para uma determinada relação profissional. Mesmo sendo o usuário protagonista, o redutor não pode ser visto como igual. Ele é um profissional com uma formação específica para determinado trabalho, tem uma intencionalidade pública e deve ser reconhecido por isso.

O usuário que não aprendeu desde a infância a respeitar a autoridade familiar e social e a ser conduzido por alguma forma de autoridade terá muito mais dificuldade na apropriação do conhecimento, na compreensão dos complexos códigos que regem a realidade social e na organização de sua própria vida. Códigos esses secundários na atual orientação de usuários de pasta e *crack*, mas extremamente relevantes, segundo a compreensão de Vigotski sobre a apropriação da linguagem e do pensamento como fundamento do desenvolvimento humano. O presente artigo não fecha questão, mas proporciona o debate sobre a

orientação (educação) objetiva de usuários de drogas pelos redutores de danos. Sobre a intencionalidade dos redutores em relação à condução e orientação dos usuários.

Sabemos que essa reflexão é polêmica, mas o que está efetivamente em jogo não são as posições metodológicas de Vigotski ou Piaget, mas a garantia de efetividade dos Programas de RD nas comunidades de usuários de drogas. A Escola de RD e o CAPSad de Ponta Porã são um serviço público que precisa ter resultados efetivos, para que possam ser reconhecidos como referência para a atenção e o atendimento a usuários de pasta e *crack*. A equipe de redutores não pode ir ao campo apenas com boa vontade e experiência de campo, mas munida de conhecimentos que fundamentem sua prática. A origem dessa polêmica (saber/estudar ou não saber/estudar eis a questão) está no ponto de vista. Se o serviço é privado não necessita do conhecimento científico na formação dos profissionais. Se o serviço é público deve ter no conhecimento científico um importante eixo do seu trabalho, pois aprimora e fundamenta a prática, melhorando os resultados humanos tanto para os usuários quanto para os redutores. Mas esse é outro estudo ainda não publicado que estamos realizando.

Ao se falar em abordagem de redução de danos diretamente àqueles em situação de rua, podemos compreender que o foco do trabalho é social. O redutor de danos passa a criar vínculo com os usuários, elevando sua autoestima, visando à qualidade de vida e seu bem-estar psicossocial. Em Ponta Porã, essa situação é agravada. A cidade está localizada no sudoeste de Mato Grosso do Sul e faz fronteira urbana com a cidade de Pedro Juan Caballero, capital do Departamento de Amambay, República do Paraguai, separadas apenas pela Avenida Internacional. A fronteira seca, sem barreiras de qualquer tipo, forma um único e indissolúvel complexo geoeconômico e social, com baixo custo e sua facilidade de acesso às drogas. O redutor de danos torna-se ainda mais importante.

*NILMAR DE OLIVEIRA ALVES, Redutor de Danos da ERD Ponta Porã, 2012.

Referências

- AMORIM, Sandra M. Francisco; PAES, Paulo C. Duarte. Formação continuada de socioeducadores. Campo Grande, MS: Escola de Conselhos, 2008.
- ANDRADE, Tarcísio. As abordagens preventivas: entre prevenção idealizada e prevenção possível. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1995.
- ARICÓ, C. Roberto; Sérgio V. Bettarello. Drogas: perigos e preconceitos. São Paulo: Ícone, 1998.
- BALBUENA, Monique R. O carneiro e o poeta drogas e literatura. In: BITTENCOURT, Ligia. A vocação do êxtase: uma antologia sobre o homem e suas drogas (Org.). Rio de Janeiro: IMAGO, 1994.
- BAPTISTA, Marcos (Org.). Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.
- BARATA, Alessandro. Introdução a uma sociologia da droga. In: BASTOS. Drogas e Aids. Rio de Janeiro: IMAGO, 1994. p. 21-43.
- BASTOS, Francisco Inácio. Troca de seringas: Aids e drogas, ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- _____. Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003.
- _____. Drogas e Aids: estratégias de redução de danos. Rio de Janeiro: IMAGO, 1994.
- _____. Drogas: é legal? Um debate autorizado. Rio de Janeiro: IMAGO, 1993.
- BATISTA, Vera Malaguti. A construção do transgressor. In: BATISTA, Marcos. Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. p. 157-164.
- BITTENCOURT, Ligia. Escravos de Deus: algumas considerações sobre toxicomania e religião evangélica. In: BAPTISTA, Marcos. Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. p. 265-273.
- _____. (Org.). A vocação do êxtase: uma antologia sobre o homem e suas drogas. Rio de Janeiro: IMAGO, 1994.

BOWLBY, J. Cuidados maternos e saúde mental. 3. ed. Trad. de Vera Lúcia B. de Souza.

São Paulo: Martins Fontes, 1995.

BERNARDO SÁ, Domingos. Capacidade civil: um direito penal. In: BASTOS, Francisco Inácio. Drogas: é legal? Rio de Janeiro: IMAGO, 1993. p. 11-51.

BUCHER, Richard. Drogas e drogadição no Brasil. Porte Alegre. Artes Médicas, 1992.

_____. Prevenção ao uso indevido de drogas. Brasília: UnB, 1991. v. 1-2.

CAIAFFA, Walesca. A contribuição dos estudos multicêntricos frente a epidemia de aids entre UDI no Brasil. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ajude Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

CARLINI, E. A. I Levantamento sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo. CEBRID/SENAD. 2002.

_____. Uso ilícito de drogas lícitas pela nossa juventude. É um problema solúvel? In BASTOS F. Drogas é legal? Um debate autorizado. IMAGO. 1994. (p. 51 – 66)

CARLINI, E. A. (org). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. Brasília. SEBRID, 2002.

CERVINE, Raul. Os processos de descriminalização. 2a. ed. São Paulo. Revista dos Tribunais. 1995

CHARBONNEAU, Paul-Eugéne. Juventude, droga e família. In SANCHES, Amauri. Drogas e drogados: o indivíduo, a família e a sociedade. EPU. São Paulo, 1982. (p. 95 – 139)

COGGIOLA. O capitalismo e o tráfico de drogas. In: Revista EDUSP n^o 29. São Paulo. USP, 1997.

_____. Comércio internacional de drogas: uma aproximação histórica. São Paulo, USP, 2004, (Mimeo).

COIMBRA, Cacília Maria B. Produzindo o mito da guerra civil: naturalizando a violência. In BATISTA, Marcos. Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro, EdUERJ. 2003. (165 – 174)

COMISSÃO, Latino Americana sobre Drogas e Democracia. Drogas e Democracia: Rumo a uma Mudança de Paradigma. "http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/livro_port_03.pdf" Acessado em 10/02/2012.

COSTA, Áurea de Carvalho. Anônimas Odisséias: a dupla destituição do direito à educação e ao trabalho na infância e na vida adulta. São Paulo: Annablume, 2005. No prelo.

DRUCKER, Ernst. In BASTOS, Drogas e Aids: estratégias de redução de danos. Rio de Janeiro. IMAGO. 1994. (p. 45 – 54)

DUARTE, Newton. Sociedade do conhecimento ou sociedade das ilusões: quatro ensaios crítico-dialéticos em filosofia da educação. Campinas. Autores Associados. 2003.

_____. Vigotski e o "aprender a aprender": crítica às apropriações neoliberais e pós modernas da teoria vigotskiana. Campinas, Autores Associados, 2001.

EVANGELISTA, João E. Crise do marxismo e irracionalismo pós-moderno. São Paulo, Cortez, A997.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na Idade Clássica. 6ª ed. São Paulo. Perspectiva. 1999.

KALINA, Eduardo. e COVADLOV, Santiago. Drogadição, família, indivíduo e sociedade. São Paulo. Francisco Alves, 1988.

_____. As cerimônias da destruição. Rio de Janeiro. Francisco Alves, 1983.

KARAM, Maria Lucia. São Paulo. DAR, Desentorpecendo a Razão. "<http://coletivodar.wordpress.com/2010/06/29/entrevista-especial-de-aniversario-maria-lucia-karam/>" Acessado em 01/11/2011

LABIGALINI, Eliseu Jr. O uso da cannabis por dependentes de crack: um exemplo de redução de danos. In, Mesquita. Trocas de seringas: ciência, debate e saúde pública. Brasília, Ministério da Saúde, 2000 (p. 173 – 184).

MACRAE, Edward. Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias urbanas. Salvador. CETAD/UFBA. 2000.

_____. Abordagem etnográfica do uso de drogas. In BASTOS e MRES-

QUITA. Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos. São Paulo. HUCITEC. 1994. (99 – 114).

MAIERIVITCH, Walter Frangalieno. Blog Sem Fronteiras. <http://maierovitch.blog.terra.com.br/tag/narcossalas/> Acessado em 24/01/2012.

_____. <http://maierovitch.blog.terra.com.br/tag/guerra-as-drogas/> Acessado em 07/02/2012.

MARTINS, Samir Morais. Norma, desvio e uso de drogas: contexto histórico e dilemas contemporâneos. Rio de Janeiro, ABORDA, 2003.

MARX, Karl.; ENGELS, Friedrich. O dezoito blumário de Luiz Bonaparte. São Paulo. Centauro, 2003.

_____. O Capital. (Volume I). São Paulo. Nova Cultural. 1985.

MESCLA LATINA. Relatório condensado de atividades. Campo Grande, 2003.

MESQUITA, Fábio & BASTOS, Francisco. Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública (org.). Brasília, Ministério da Saúde, 1998.

_____. Consumo de drogas: desafios e perspectivas. São Paulo. Hucitec, 2000.

MÉSZÁROS, István. O século XXI: socialismo ou barbárie? São Paulo, Boitempo, 2003.

_____. Capitalismo tardio. In COGGIOLA. São Paulo, USP, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE.. Manual de redução de danos, saúde e cidadania. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

_____. A AIDS na fronteira do Brasil. Brasília, PN/DST/AIDS, 2003.

_____. Portaria N 2.127 de outubro de 2004. Estabelece a política Nacional de Redução de Danos.

MISSE, Michel. O movimento: a constituição e reprodução das redes do mercado informal ilegal de drogas a varejo no Rio de Janeiro e seus efeitos de violência. In BATISTA, Marcos. Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro, EdUERJ. 2003 (147 – 156).

OLIEVENSTEIN, C. O destino do toxicômano. São Paulo. Almed, 1985.

_____. A droga: drogas e toxicômanos. São Paulo. Brasiliense, 1980.

_____. Os drogados não são felizes. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1977.

O'Hare, Pat. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In BASTOS e MRESQUITA. Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos. São Paulo. HUCITEC. 1994. (65 – 78)..

PAES, Paulo C. Duarte e AMORIM, Sandra Francisco. Adolescentes em conflito com a lei. Fundamentos e práticas das Soccioeducação: Campo Grande. Editora UFMS. 2012.

PAES, Paulo C. Duarte e ADIMARI, Mara Fernandes. Caderno III de Formação de Socioeducadores. Campo Grande. Ed. UFMS. 2012.

PAES, Paulo C. Duarte. Tá Legal: política pública de redução de danos na fronteira do Brasil com a Bolívia. Campo Grande. Ministério da Saúde, 2002.

_____. O uso de drogas e o ato infracional cometido por adolescentes. Im MOTTI et All. Escola de Conselhos. Campo Grande. UFMS. 2001.

PALATNIK, Elizabeth. Quem é a mãe do dependente de drogas. In Bittencourt. A Vocação do extase. Rio de Janeiro. Imago, 2003 (p. 120 – 129).

REGUELIN, Elizângela Melo. Redu o de danos: preven o ou estímulo ao uso de drogas. Porto Alegre. PUC-RS. Disserta o de mestrado. 2004.

REGO. T. C. Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educa o. Petrópolis. Vozes. 1995.

RONCKEN, Theo. La lucha contra las drogas y la proyección militar de Estados Unidos. Quito, ABYA-YALA. 2004.

ROSSI, Adriana. narcotráfico y Amazônia ecuatoriana. Buenos Aires. Abya-Yala. 1996.

SALAMA, P. Pobreza e explora o do trabalho na América Latina. São Paulo. Roco, 1999.

SAVIANI, Dermeval. Pedagogia histórico-crítica. Campinas, Autores Associados, 2003.

_____. Escola e democracia. Campinas. Autores Associados. 1995.

SCHEERER, Sebastian. Políticas de drogas: o debate internacional. In BASTOS. Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública. Brasília, Ministério da Saúde, 1998 (45 – 54).

STIMSOS, Jery. A AIDS e o uso de drogas injetáveis no Reino Unido, 1987 – 1993: as políticas públicas e a prevenção da epidemia. In BASTOS. Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública. Brasília, Ministério da Saúde, 1998 (09 – 55).

SUBSTITUTIVO de LEI. 7134/2002. PLS/2002.

TÁ LEGAL. Relatório condensado de atividades. Campo Grande. 2002.

TIBA, Içami. Anjos caídos: como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente. São Paulo. Editora Gente, 2003.

_____. A maconha e o jovem. São Paulo. Agora. 1989.

UNODOC, Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes. “http://www.unodc.org/brazil/pt/pressrelease_20080619.html” Acessado em 13/02/2012b.

VELHO, Gilberto. Nobres & anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas. 1998.

VERGARA, Rodrigo. Drogas. (Coleção Super Interessante). São Paulo, Abril, 2003.

VESTER, Anete. Os programas de tocas de seringas em Amsterdam. In BASTOS. Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública. Brasília, Ministério da Saúde, 1998 (115 – 125).

VIGOTSKI. L. S. Psicologia Pedagógica. São Paulo. Martins Fontes, 2001b.

_____. A construção do pensamento e da linguagem. São Paulo. Martins Fontes, 2001c.

_____. Teoria e método em psicologia. (Tradução Cláudia Berliner). São Paulo. Martins Fontes. Martins Fontes. 1996.

VYGOTSKI. Obras escorridas (Volumes I). Madri. Centro de Publicaciones del M.E.C. / Visor Distribuciones, 1991.

WOODAK A. Redução de danos e programas de trocas de seringas. In BASTOS e MESQUITA. Troca de seringas: drogas e Aids, ciência, debate e saúde pública. Brasília. Ministério da Saúde. 1998 (p. 55-71).

WOODAK A. & DES JARLAIS. Estratégias para prevenção da infecção pelo HIV entre usuários de drogas e destes para com seus parceiros. In BASTOS e MESQUITA. Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos. São Paulo. HUCITEC. 1994 (115-132).

WINNICOTT, D. D. Privação e delinquência. Trad. de Álvaro Cabral. São Paulo. Martins Fontes. 2005a.

_____. A Família e o desenvolvimento individual. Trad. de Marcelo Brandão Cipola. São Paulo.

Martins Fontes. 1983.

_____. Tudo começa em casa. Trad. de Paulo Sandler. São Paulo. Martins Fontes. 2005B

ZALUAR, A. A criminalidade das drogas e o reencontro do mal. In: Drogas e cidadania. P. 97-127. São Paulo. Brasiliense, 1994.

