

As Três Ondas da Redução de Danos no Brasil

The Three Waves of Harm Reduction in Brazil

Dênis Petuco¹

Resumo

A Redução de Danos, conceito polissêmico que abarca um conjunto de práticas e concepções relacionadas ao cuidado de pessoas que usam drogas, tornou-se conhecida no Brasil a partir de sua incorporação como parte da resposta nacional à epidemia de HIV/Aids. Com o passar do tempo, o conceito foi sendo apropriado por outros campos de reflexão e intervenção, como saúde mental e desenvolvimento social. O presente artigo propõe uma narrativa da experiência brasileira com Redução de Danos que toma as ondas do mar como metáfora para contemplar um processo de acúmulo, contra uma concepção etapista baseada em rupturas históricas. Conclui-se com uma breve leitura do momento atual e dos desafios a serem enfrentados.

Palavras-chave: Redução de danos; História; Brasil.

Abstract

Harm Reduction, a polysemic concept that encompasses a set of practices and concepts related to the care of people who use drugs, has become known in Brazil since its incorporation as part of the national response to the HIV/AIDS epidemic. Over time, the concept has been appropriated by other fields of reflection and intervention, such as mental health and social development. This article proposes a narrative of the Brazilian experience with Harm Reduction that takes the waves of the sea as a metaphor to contemplate an accumulation process, against a stageist conception based on historical ruptures. It concludes with a brief reading of the current moment and the challenges to be faced.

Keywords: Harm reduction; History; Brazil.

Introdução - ou “dos nascimentos às ondas”

Existem muitas formas de se contar uma história. Pode-se optar entre pequenos resumos ou narrativas grandiloquentes, entre o resgate dos processos estruturais ou das histórias cotidianas, entre o texto seco e os parágrafos que se estendem por páginas e mais páginas (evoé Saramago!). E não se trata só de estilo; afinal, a própria historiografia reúne pesquisadores em acirrados debates com respeito às fontes, ao modo de lidar com os documentos, o lugar dos grandes personagens e dos emudecidos cidadãos comuns.

¹ Dênis Petuco (denis.petuco@fiocruz.br) é sociólogo pela universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), Mestre em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), e Professor e Pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRZ).

A história das teorias, técnicas e políticas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas tem sido uma paixão para mim, mesmo antes de virar projeto de doutorado e livro¹. Desde que comecei a trabalhar na área, eu me interessei por narrativas, casos, textos antigos e diários de campo em perdidas pastas de computador. Daí vieram artigos e convites para seminários, nos quais fui dividindo acúmulos e ensaiando formas. Muitas vezes fui procurado por colegas que generosamente corrigiam, não apenas detalhes e incorreções, como as próprias estratégias narrativas.

Nas próximas páginas, gostaria de corrigir algumas coisas que afirmei nos últimos anos, em eventos e artigos²⁻³. Um dos principais aspectos

diz respeito à divisão da história da Redução de Danos (RD) em “nascimentos”, que teriam ocorrido em diferentes campos de saberes, demarcados por técnicas de cuidado diferenciadas e sem comunicação. Foi Márcia Colombo, amiga e técnica do Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, quem chamou minha atenção para a possibilidade de substituir a ideia estática dos nascimentos, pela sobreposição sinérgica das ondas que se seguem umas às outras e se reúnem na praia. Valeu Márcia!

Primeira onda: prevenção ao HIV/aids e às hepatites virais

Poderiam haver tempo e lugar mais apropriados para o início da experiência brasileira com Redução de Danos do que a cidade de Santos, em 1989? Mal terminara a ditadura civil-militar e a “pátria vermelha”⁴ ou “moscouzinha brasileira”⁵ já colocava a esquerda na gestão municipal, elegendo a petista Telma de Souza como prefeita. À beira do mar e “contra a maré”⁶, os santistas deram início à uma série de experiências inovadoras em áreas como educação, urbanismo, meio ambiente e participação.

Mas seriam as realizações na área da saúde que tornariam Santos uma referência. No contexto de criação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁷ os santistas não apenas materializaram consígnas da Reforma Sanitária brasileira (o que já seria extremamente avançando), como implementaram políticas que seriam vanguarda dentro da vanguarda, especialmente nos campos da Saúde Mental e do enfrentamento ao HIV/aids, como dito por uma das pessoas envolvidas na gestão santista à época:

⁴ Referência ao livro “Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos”⁶.

⁵ Entrevista concedida no contexto da pesquisa para doutorado.

“O SUS era uma proposta que garantia acesso universal, mas que não considerava prostitutas, travestis, e principalmente as pessoas que usam drogas. Os gays também, em certa medida. Dentro da exclusão, da pobreza, da miséria, tinha uma extra exclusão de alguns segmentos. E parecia-me um absurdo que aqueles segmentos da população fossem extra marginalizados”¹¹.

A tarefa de gerir a saúde em Santos ficaria a cargo de David Capistrano Júnior, importante militante do Movimento de Reforma Sanitária. Capistrano cercou-se de uma equipe técnica tão qualificada quanto ousada. A política para o HIV/aids seria conduzida por Fábio Mesquita, que já tivera contato com o tema por conta de sua atuação como médico da rede municipal santista. À época, a cidade era conhecida como “Capital da Aids”, com uma incidência de 217 casos para cada 100 mil habitantes entre 1980 e 1992⁸, sendo que mais de 50% destes casos estavam diretamente relacionados ao compartilhamento de seringas entre pessoas que faziam uso de drogas por via injetável⁹.

A literatura internacional já descrevia iniciativas bem sucedidas para a prevenção do HIV/aids e outras doenças de transmissão parenteral: a disponibilização de seringas e outros aparelhos necessários ao uso de drogas por via injetável. Cientes de que a estratégia era adequada ao contexto santista, os gestores anunciaram que a troca de seringas passaria a compor a resposta ao HIV/aids no município. O Ministério Público, entretanto, entenderia a proposta como um incentivo ao uso de drogas, impedindo a sua implementação.

As barreiras de ordem legal fariam com que as primeiras ações de prevenção ao HIV/aids entre pessoas que faziam uso de drogas por via

injetável ocorressem na clandestinidade. Esta situação de impedimento legal só seria superada a partir de 1995, em Salvador. No ano seguinte, outras cidades também conseguiram dar início aos seus programas, e antes do final do milênio, já existiam dezenas de iniciativas espalhadas por todo o país.

O desenvolvimento da experiência brasileira com Redução de Danos no contexto do HIV/aids teve implicações, não apenas no que tange ao impacto nos indicadores epidemiológicos, como também para a definição de elementos éticos, estéticos e políticos. Afinal, o campo social constituído em torno da construção de respostas à epidemia foi (e ainda é) extremamente receptivo à participação de grupos considerados marginais em outras esferas da vida pública. Neste sentido, é importante conceber a aids não apenas como uma doença relacionada a um vírus, mas como um fenômeno social:

“À aids, acontecimento biológico, somava-se a aids como acontecimento político e cultural, interpelando comportamentos e obrigando o debate de temas-tabu, como sexualidade e uso de drogas. Na saúde pública, a Aids interrogava moralismos arraigados nas práticas mais cotidianas de cuidado, naturalizados pela quase total ausência de questionamento e reflexão. Grupos minoritários, como gays, travestis, prostitutas e usuários de drogas, chamados ao debate sobre a construção de estratégias de enfrentamento à epidemia, deram visibilidade a questões situadas para muito além da própria aids, como políticas de ação afirmativa, denúncias de violação de direitos humanos, luta por reconhecimento (inclusive profissional, como no caso das prostitutas), e o enfrentamento de vulnerabilidades, estigmas e preconceitos”¹ (p.154).

Assim como diversas outras populações inicialmente estigmatizadas como “grupos de risco”, os usuários de drogas também foram incentivados a se organizarem em associações para facilitar sua participação na construção da resposta brasileira à epidemia de HIV/aids. Mesmo em programas governamentais, a presença de pessoas com experiência pessoal no uso de drogas era considerada fundamental para garantir capilaridade das ações preventivas junto a pessoas que, por conta da criminalização, esforçavam-se para manterem-se invisíveis aos agentes do Estado.

Nos primeiros anos do século XXI, uma transformação interpelaria os grupos envolvidos com Redução de Danos. Já conhecido em São Paulo desde a década de 1990, o *crack* começaria a se espalhar por todo o país, fazendo com que o uso de drogas por via injetável diminuísse ao ponto de ser considerado epidemiologicamente irrelevante. O repasse de recursos do Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde diminuiu drasticamente e a responsabilidade quanto ao uso de álcool e outras drogas passou para a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas^{IV}. Nesta esteira, diversas organizações de Redução de Danos fechariam suas portas e muitos Programas de Redução de Danos (PRD) vinculados a políticas municipais de HIV/aids passaram a ser subordinados à Saúde Mental.

Mas o desaparecimento das relações entre doenças infectocontagiosas e uso de drogas não passava de mera suspeita. Em 2014, a publicação de uma pesquisa mostraria que a prevalência do HIV/aids entre brasileiras e brasileiros que faziam uso de *crack* era oito vezes maior que na população geral¹⁰ (e duas vezes maior também

^{IV} Este ponto será aprofundado quando falarmos da segunda onda da Redução de Danos..

para a hepatite tipo C (p.77-78):

“Os resultados apresentados apontam claramente para a necessidade de ações preventivas e de controle de doenças específicas para a população usuária de drogas, alertando para as formas de transmissão características desta população, com o propósito de minimizar os problemas de saúde decorrentes de sua inserção em contextos adversos”¹⁰ (p.81).

A relação com o compartilhamento de cachimbos parecia óbvia, mas as pesquisas não conseguiram refutar ou comprovar esta hipótese¹¹⁻¹⁴. Se não fosse esta, qual seria então a conexão entre o uso não injetável de drogas e a maior exposição ao HIV/aids e hepatites? Uma resposta já estaria presente nas conclusões da pesquisa de Bertoni e Bastos¹⁰:

“Os achados do presente estudo evidenciam a vulnerabilidade da população de usuários de crack e/ou similares frente ao risco de contrair doenças infecciosas. Isso se deve ao fato de que grande parte da população apresenta diversos comportamentos de risco e estão inseridos em contextos pauperizados, violentos e frequentemente carentes de qualquer infraestrutura, mínima que seja (como uma fonte de água corrente) [...]. Essas ações não devem ficar restritas à esfera da saúde, uma vez que estas situações de risco [...] possuem profundas raízes sociais” (p.81).

As conclusões de Bertoni e Bastos¹⁰ corroboram a tradição de estudos das determinações sociais de saúde e doença¹⁵⁻¹⁷, mas

não só. Especificamente sobre o HIV/aids, Parker e Camargo¹⁸ partiram do conceito de “sinergia coletiva de pragas”¹⁹ para descrever uma “sinergia de vulnerabilidades” no âmbito individual. Esta concepção, fundamental para a superação da noção de “grupo de risco”, anunciava o próximo paradigma na organização da resposta global à epidemia de HIV/aids: a “Prevenção Combinada”, adotado no final da década de 2010:

“A Prevenção Combinada oferece as melhores perspectivas para abordar os pontos fracos documentados nos programas de prevenção e para gerar reduções significativas e sustentadas na incidência do HIV em diversos contextos. As evidências sustentam a maior efetividade de estratégias complementares de prevenção comportamental, biomédica e estrutural. Esta concepção permite operar em diferentes níveis (indivíduos, relacionamentos, comunidades, sociedades) para atender às necessidades específicas, mas diversas, das populações em risco de infecção pelo HIV” (p.5)²⁰.

O Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde incorporou a perspectiva da Prevenção Combinada como diretriz central para a coordenação da resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids, incluindo a Redução de Danos, como um componente estratégico, a partir da compreensão de que “...diversos agravos à saúde (incluindo a própria Aids) decorrem não apenas do uso de drogas, mas das políticas de drogas”²¹ (p.36).

As experiências com Redução de Danos desencadeadas pela resposta ao HIV/aids estão longe de se esgotar, não apenas por conta da alta prevalência de infecções entre pessoas que usam álcool e outras drogas ou por novas modalidades de uso e vulnerabilidade, como o

“chemsex”^{v,22}, mas pela capacidade inventiva ensejada pelo território reflexivo organizado em torno da epidemia. Não obstante, deixaremos por ora esta onda.

Segunda onda: Saúde Mental

As técnicas e políticas de saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil foram, por muito tempo, exclusividade da Psiquiatria. A eugenia^{vi} ditaria as regras durante a primeira metade do século XX; na ditadura civil-militar, seria a vez do tecnicismo reacionário^{vii}. Não obstante, os “anos de chumbo” acolheriam a primeira edição nacional de um livro de Claude Olievenstein, “Os Drogados Não São Felizes”²³, referência para toda uma geração de brasileiras e brasileiros descontentes com tratamento dado aos usuários de drogas, em nosso país^{viii}.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, entretanto, custaria a encarar a questão do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, ainda que importantes narrativas da violência manicomial, muito inspiradoras para o movimento, tenham sido produzidas justamente por pessoas internadas por conta do uso de substâncias²⁴⁻²⁶. As razões para este vazio reflexivo são controversas, mas o reconhecimento da demora no acolhimento do tema é, até onde sei, um consenso^{ix}.

A experiência brasileira com Redução de Danos, por seu turno, também demorou para encontrar a Saúde Mental, “surfando” apenas a

onda do HIV/aids e das hepatites virais, por alguns anos. Ainda que reductoras e redutores de danos nunca tenham se limitado à prevenção dos agravos infectocontagiosos, afirmando em ato uma profunda ampliação do cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas, cabe salientar que a reflexão acerca destas práticas se manteve, por algum tempo, circunscrita ao contexto do HIV/aids.

Em meados da década de 2000, entretanto, a dispersão do uso de *crack* por todo o território nacional passaria a ser utilizada para atacar a Política Nacional de Saúde Mental²⁷ e a Reforma Psiquiátrica como um todo. Entidades como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), e sindicatos médicos de alguns estados passaram a ganhar espaço midiático para divulgar relatórios que responsabilizavam o fechamento de hospitais psiquiátricos por uma pretensa desassistência às pessoas que faziam uso de *crack*.

Este ataque organizado encontraria resposta a partir de uma articulação que já vinha sendo construída desde o final da década de 1990, no encontro entre as políticas e movimentos de Saúde Mental e de HIV/aids. O lançamento da Política de Atenção Integral para Pessoas que usam Álcool e Outras Drogas²⁸, fruto do esforço de técnicos de diversas áreas do Ministério da Saúde, foi um marco deste momento. O documento traduzia oficialmente, pela primeira vez, uma perspectiva que transformava a Redução de Danos em diretriz do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), como um todo:

“Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa

^v Termo que se origina da expressão *chemical sex* (sexo químico, em inglês) e se refere a prática sexual feita sob influência de drogas psicoativas.

^{vi} A eugenia foi uma teoria importante na passagem entre os séculos XIX e XX. Os eugenistas defendiam a purificação e aperfeiçoamento da raça humana, por meio de políticas que impedissem a procriação entre indivíduos portadores de “fatores de degenerescência”, como alcoolismo e dependência de drogas.

^{vii} Na passagem entre as décadas de 1960 e 1970, as teses sobre eugenia foram finalmente silenciadas no Brasil. Em seu lugar, ganharam força as teorias vinculadas a uma psiquiatria tecnicista que articulava a defesa do dispositivo manicomial, o uso de medicamentos e eletroconvulsoterapia, e uma verdadeira fobia aos valores expressos pela contracultura.

^{viii} História é descrita em pormenores por Petuco⁴, no livro “O pomo da Discórdia: drogas, saúde, poder”.

^{ix} Não disponho de fontes ou referências para esta afirmação; apenas os relatos de um grande número de militantes históricos da Reforma Psiquiátrica a quem interoguei sobre o assunto, inúmeras vezes

“aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam” (p. 10)²⁸.

A política do Ministério da Saúde se tornou a principal referência do SUS no que tange à atenção integral a pessoas que usam álcool e outras drogas. Não obstante, a Redução de Danos expressa no documento não possuía a mesma objetividade daquela que orientava o enfrentamento do HIV/aids, o que dificultava a sua materialização no cotidiano dos serviços: o que seria, concretamente, uma prática de Redução de Danos em um Centro de Atenção Psicossocial especializado em álcool e drogas (CAPS-ad)?

A política não oferecia respostas concretas para este tipo de questionamento, mas induzia elaborações inovadoras a partir de imperativos éticos. Ao afirmar que as pessoas sob efeito de drogas têm o direito de ser atendidas, impunha a reflexão sobre como fazer isto; ao dizer que os serviços devem acolher àqueles que não querem ou não conseguem abandonar o uso, interrogava as ofertas a estes sujeitos; ao recomendar a integralidade no cuidado, questionava a medicalização e a psicologização.

Em outro artigo², já me vali de Spinoza²⁹ para afirmar que a aproximação entre Saúde Mental e Redução de Danos poderia ser caracterizada como um “bom encontro”, produtor de “paixões alegres”^x. Mas creio que seja o caso de explicar

^x Para Spinoza, os encontros fazem circular afetos que tocam as partes que se encontram, aumentando ou diminuindo sua potência de agir no mundo. Os bons encontros resultam em alegria, considerada a mais nobre das paixões, porque resulta em ampliação da potência de agir. Os maus encontros, por outro lado, produzem tristeza, que diminui a potência. Pela chave de Spinoza pode-se observar encontros entre pessoas, grupos, ideias, coisas, ou mesmo entre entes de natureza distinta, como pessoas e coisas, ideias e grupos, etc.

que isto não significa a ausência de conflitos e tensões. Um bom encontro caracteriza-se, não pela paz, mas pelo aumento da “potência de agir no mundo”²⁹ (p.66). No caso em questão, a Redução de Danos oferecia à Saúde Mental, não respostas prontas, mas reflexões éticas que exigiam movimento e invenção. Do mesmo modo, a Saúde Mental permitia à Redução de Danos a superação definitiva de qualquer resquício de redução da questão do uso de drogas à uma dimensão meramente instrumental de caráter preventivista.

Mas que não reste dúvidas: isto não significa que trabalhadores, militantes e pesquisadores comprometidos com a Saúde Mental tenham sempre encontrado respostas satisfatórias para traduzir o conceito de Redução de Danos no cotidiano dos serviços de Saúde Mental. Rose Meyer, coordenadora do Centro de Referência em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, sempre lembrava que a Redução de Danos nunca fez mais do que lembrar que os princípios do SUS também valiam para as pessoas que usam drogas. Ao lembrar o compromisso com a equidade, a universalidade e a integralidade, a Redução de Danos estimulou a Saúde Mental a buscar respostas construídas através da experimentação e do movimento de tentativa e erro.

O “Projeto Caminhos do Cuidado”³⁰ foi mais um momento desta onda. A ampliação das ofertas de cuidado para pessoas em sofrimento psicossocial e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas exigia a mobilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, ensejando um processo formativo para trabalhadores de nível médio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em todo o Brasil. Dadas as dimensões do SUS e a imensa capilaridade da ESF por todo território nacional, não seria exagero suspeitar que este talvez tenha sido um dos maiores projetos

de formação em Redução de Danos já vistos no mundo.

Outro resultado desta busca de tradução é o “Consultório **de** Rua”. Inicialmente vinculado à política de Saúde Mental, este projeto acabaria se transformando em “Consultório **na** Rua”, subordinado à política nacional de Atenção Básica. Não obstante, sua inspiração seguiu sendo tributária da experiência brasileira com Redução de Danos, sobretudo no que diz respeito ao trabalho de campo desenvolvido por redutoras e redutores de danos, especialmente no contexto da primeira onda^{XI,31}.

Seria possível falar de outros esforços, como a inclusão de redutoras e redutores de danos em equipes de CAPSad, experiência desenvolvida em algumas cidades brasileiras; ou ainda, das transformações de algumas organizações não governamentais (ONGs) de Redução de Danos, em direção ao campo da Saúde Mental. Não obstante, o mais importante seria reforçar que os questionamentos lançados pela Redução de Danos seguiram movendo experimentações e reflexões no âmbito da Saúde Mental. E não seria exagero afirmar que esta busca por respostas terminaria por conduzir-nos ao que chamo de “terceira onda”.

Terceira onda: direitos humanos e desenvolvimento social

Seguindo o esforço de revisão a que me proponho neste artigo, quero iniciar esta parte dizendo que a passagem para uma terceira onda não implica em ruptura com as ondas anteriores, mas em um acúmulo crítico. Um olhar retrospectivo não teria problemas para encontrar indícios desta nova etapa nas ondas anteriores. Os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) construídos

nos CAPS-ad, por exemplo, muitas vezes apontaram na direção de uma articulação complexa e radicalmente intersetorial. Em ato, as experimentações iam pouco a pouco alimentando uma nova onda.

Caberia também valorizar o impacto de contribuições trazidas por novos atores. O convite feito pela Coordenação Nacional de Saúde Mental para que o sociólogo Jessé Souza ousasse pensar a questão do uso de *crack* a partir de suas elaborações sobre a “ralé brasileira”³², por exemplo, permitiu importantes ampliações desta temática. Em paralelo, toda uma nova geração de militantes cobrava o reconhecimento de intersecções da mesma com questões de raça, gênero e orientação sexual. A Redução de Danos brasileira, tensionada, esgarçada, dobrada e reconfigurada, aproximava-se de uma nova síntese.

Uma primeira sistematização mais robusta desta nova onda seria desenvolvida em Pernambuco, durante a gestão de Eduardo Campos, do Partido Socialista Brasileiro (PSB). À época, alguns técnicos envolvidos com a gestão de políticas de proteção a crianças e adolescentes ameaçados de morte perceberam que grande parte da demanda vinha de pessoas que faziam uso de drogas. Em paralelo, percebia-se que esta mesma população era também a mais vitimada por crimes de morte.

A história da Redução de Danos, em Pernambuco renderia um capítulo à parte. O Instituto Papai, por exemplo, foi uma ONG pioneira na reflexão sobre o uso de drogas e masculinidades. Recife, por seu turno, foi a primeira capital a realizar concurso público para contratar redutoras e redutores de danos, além de implementar a “Casa do Meio do Caminho”, inspiração para as Unidades de Acolhimento (UA) propostas pela Política Nacional de Saúde Mental²⁷. Sem falar na gestão estadual, que já havia inovado com a criação

^{XI} Uma ótima referência desta experiência é o documentário “Redutores de Preconceitos”, de 2003³¹.

de serviços de assistência social especializados no atendimento de pessoas que faziam uso de drogas.

Todo este acúmulo seria condensado no “Programa Atitude”, criado em 2011. Lotado na Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos de Pernambuco, o programa constituiu-se em uma ampla articulação intersectorial que permitia concretizar o cuidado integral: proteção à vida, abrigo, testagem para o HIV, encaminhamento para CAPS-ad, geração de trabalho e renda, acesso à educação e cultura, compunham um leque de ofertas que ampliava conscientemente os sentidos da Redução de Danos:

“A redução de danos, no contexto latino-americano, deve ir além da definição convencional que tem nos contextos norte-americanos ou europeus. Nessa região, o conceito deve incorporar a proteção contra a violência e o encarceramento como um elemento intrínseco e definidor de tal ideia. O principal dano que se quer reduzir é a violência e o encarceramento que estão ligados, principalmente, às dinâmicas dos mercados de drogas”³³ (p. 3)

Em 2013, seria a vez dos baianos desenvolverem uma iniciativa semelhante. O “Corra Pro Abraço”, lotado na Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social do Estado da Bahia, também se caracterizou pela ampliação do conceito de Redução de Danos para além da saúde, pelo menos no sentido estrito do termo^{XII}. Esta perspectiva pode ser encontrada nos documentos oficiais do programa, que criticam dimensões estruturais e práticas cotidianas de opressão e violência institucional:

“O Corra pro Abraço atua também na redução de danos sociais relacionados ao consumo de drogas, como a estigmatização dos usuários, a violência e o racismo institucional. A partir dessa estratégia, o programa oferece, por exemplo, orientação sobre como se portar diante de uma abordagem policial”³⁴ (p.3)

Em 2014, seria a vez da cidade de São Paulo implementar aquela que se tornaria a proposta de maior visibilidade nacional no que diz respeito à terceira onda. O programa “De Braços Abertos” oferecia trabalho, renda e moradia, em articulação com um amplo cardápio de ofertas de saúde, educação, cultura, direitos humanos e assistência social, dentre outras políticas públicas³⁵. O foco eram as pessoas que faziam uso de crack no Bairro da Luz, região que ficou conhecida como “Cracolândia”.

Provavelmente inspirada por estas experiências, a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) lançaria, também em 2014, o “Projeto Redes”, com o objetivo de financiar e apoiar iniciativas municipais semelhantes às descritas acima. Este projeto marcou um momento ímpar na história da SENAD, que seguia uma mesma linha política desde os tempos de Fernando Henrique Cardoso até quase o final dos governos petistas. Nos dois anos que precederam o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, entretanto, a SENAD foi ocupada por um conjunto de pessoas comprometidas com a construção de novas políticas. Neste curto período, o “Projeto Redes” viabilizou o repasse de recursos para que mais de trinta cidades desenvolvessem ações intersectoriais para garantia de trabalho, renda e moradia a pessoas que faziam uso de drogas em situações de vulnerabilidade social, conferindo mais consistência à “terceira onda da experiência brasileira com Redução de Danos”.

^{XII} É importante salientar que para as vertentes críticas (caso da Reforma Sanitária brasileira), a saúde não depende apenas das técnicas e políticas de cuidado, mas de uma miríade de determinações sociais.

Considerações finais - É violento o mar que tudo arrasta?

Meu objetivo com este artigo foi oferecer uma outra possibilidade de narrar a história da experiência brasileira com Redução de Danos. Uma narrativa que critica minhas próprias elaborações anteriores, ao valorizar o acúmulo em detrimento das rupturas. Além disso, procurei valorizar a reflexão e elaboração coletivas que buscaram respostas para os desafios colocados pela realidade sem abrir mão dos compromissos éticos impostos pela Redução de Danos, elevando as práticas e políticas de cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas a um patamar que, talvez pela primeira vez em nossa história, fez jus à complexidade das demandas elaboradas pelos sujeitos aos quais se destinam este cuidado e estas políticas.

A história das “três ondas” da Redução de Danos, como contada aqui, é a história da construção de respostas com base em compromissos éticos, em contextos raramente acolhedores. Neste caminho, as dificuldades nunca foram apenas técnicas: disponibilizar seringas é necessário, mas a legislação proíbe; cuidar em liberdade é imperativo, mas sociedade e autoridades exigem segregação; é preciso desconstruir processos de estigmatização, mas a lei criminaliza.

Não estranha, portanto, que a terceira onda nos coloque diante de um desafio que parece intransponível: como materializar um cuidado comprometido com a garantia de direitos num contexto de avanço do ideário neoliberal, caracterizado pelo enfraquecimento das políticas de assistência e desenvolvimento social? Que estratégias de resistência estamos construindo? Que articulações? Que alianças?

A narrativa chega ao seu final, mas não a história que se busca narrar.

Referências

1. Petuco DRS. O pomo da discórdia? drogas, saúde, poder. Curitiba: Ed. CRV; 2019.
2. Petuco DRS. Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. In: Ramminger T, Silva M. (orgs.). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p.133-148.
3. Petuco DRS. Era uma vez: uma pequena história do cuidado e das políticas públicas dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas. In: Teixeira M, Fonseca Z. (orgs.). Saberes e práticas na Atenção Primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec; 2015. p.179-200.
4. Fonseca C. Pátria vermelha: comunismo em Santos (1930-1964). Rio de Janeiro: Fundação Dinardo Reis; 2002.
5. Tavares RR. A “Moscuzinha” Brasileira: cenários e personagens do cotidiano operário de Santos (1930-1954). São Paulo: Humanitas/FAPESP; 2007.
6. Campos FC, Henriques CM. Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Scritta; 1996.
7. Brasil. Presidência da República. Lei no 8.080 - dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 29 set 1990. (on line). [acesso em: 04 mai 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
8. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim epidemiológico aids, jan. 1993. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
9. Mesquita F. Dar oportunidade de vida aos usuários de drogas injetáveis – polêmica nacional. In: Bastos FI, Mesquita F, Marques LF. Troca de seringas: drogas e Aids – ciência, debate e saúde pública. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids; 1998. p.101-114.
10. Bertoni N, Bastos FI. Pesquisa nacional sobre uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?. Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz; 2014.
11. Porter J, Bonilla L, Drucker E. Methods of smoking crack as a potential risk factor for HIV infection: ‘crack smokers’ perceptions and behavior. Contemp. Drug Probl. 1997; 25(2):319-347.

12. Haydon E, Fischer B. Crack use as a public health problem in Canada: call for an evaluation of 'safer crack use kits'. *Canad. Journ. Publ. Healt.* 2005; 96(3):185-188.
13. Carvalho HB, Seibel S. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics.* 2009; 64(9): 857-866.
14. DeBeck K. Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *Canad. Med. Assoc. Journ.* 2009; 181(9):585-589.
15. Donnangelo MC. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1979.
16. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In.: Nunes E. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos.* São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.
17. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
18. Parker R, Camargo KR. Pobreza e HIV/aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad. Saúd. Públ.* 2000; 16(1):89-102.
19. Wallace R. A synergism of plagues: "Planned shrinkage", contagious housing destruction and AIDS in the Bronx. *Environm. Res.* 1988; 47(1):1-33.
20. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections.* Geneva: UNAIDS; 2010.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde.* Brasília; 2017.
22. Barreto VHS. Limites, fissuras, prazer e risco em festas de orgia para homens. *Mana.* 2019; 25(1):9-37.
23. Olievenstein C. *Os drogados não são felizes.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977.
24. Barreto L. *Diário do hospício; o cemitério dos vivos.* São Paulo: Cosac & Naify; 2010.
25. Bueno AC. *Canto dos malditos: uma história verídica que inspirou o filme Bicho de sete cabeças.* Rio de Janeiro: Rocco; 2001.
26. Lopes C. *Ala fechada.* Porto Alegre: Editora Sulina; 1997.
27. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental.* Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Coordenação Nacional de DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.* Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
29. Spinoza B. *Ética.* Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Relatório final do projeto Caminhos do Cuidado.* Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT; 2018.
31. Glock C. *Redutores de Preconceito.* [Documentário]. Porto Alegre: Agência Livre de Comunicação; 2003. (on line). [acesso em: 04 mai 2020]. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=LTi0xt8VgH8>.
32. Souza J. *A ralé brasileira: quem é e como vive.* Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009.
33. Ratton JL, West R. *Políticas de drogas e Redução de Danos no Brasil: o Programa Atitude em Pernambuco.* Recife: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Criminalidade, Violência e Políticas de Segurança Pública/UFPE; 2016.
34. Bahia. Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social. *Caminhos possíveis: boletim informativo do Programa Corra pro Abraço.* Salvador: Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social; 2019.
35. Rui T, Fiore M, Tófoli LF. *Pesquisa preliminar de avaliação do Programa De Braços Abertos.* São Paulo: PBDP/IBCCRIM; 2016.