

Redução de Danos e o Trabalho de Campo: o encontro necessário

Harm Reduction and Fieldwork: the necessary encounter

Domiciano Siqueira¹, Álvaro Mendes^{II}

Resumo

O artigo discute a estratégia de Redução de Danos e sua relação com o campo de trabalho do redutor. Seguindo uma linha histórica se analisa as diversas faces deste encontro, desde a formação do redutor até o envolvimento emocional com os usuários. Tratando a questão de direitos como prioritário para a aproximação e empoderamento dos atingidos pelas ações de Redução de Danos. Levanta ainda questões de fundo das exigências dos usuários nos equipamentos públicos de saúde, chegando a ponto de se colocar a abstinência total como questão fundamental para a frequência naqueles espaços. Por fim concluir que, após um período de entusiasmo e apoio, atualmente tais ações estão fragilizadas e intimidadas, quase sem apoio governamental e que somente existem graças a ações da sociedade civil, com fina sintonia junto a usuários e seus entornos sociais.

Palavras-chave: Drogas; Redução de danos; Campo de trabalho; Direitos humanos.

Abstract

The article discusses the Harm Reduction strategy and its relationship to the worker's field of work. Following a historical line, the different aspects of this meeting are analyzed, from the formation of the reducer to the emotional involvement with users. Treating the issue of rights as a priority for approaching and empowering those affected by Harm Reduction actions. It also raises fundamental questions about the demands of users in public health facilities, going to the point of placing total abstinence as a fundamental issue for the frequency in those spaces. Finally, to conclude that, after a period of enthusiasm and support, these actions are currently weakened and intimidated, almost without government support, and that they only exist thanks to civil society actions, with fine tuning with users and their social environments.

Keywords: Drugs; Harm reduction; Work field; Human rights

Introdução

Sempre se soube que o uso de drogas vem acompanhando o desenvolvimento de civilizações, embora tenhamos consciência que esse uso de forma epidêmica é uma característica dos tempos atuais. Mesmo considerando que o desejo de “transcender” é inerente ao ser humano, verificamos que esse desejo tornou-se um risco e um grande perigo, agravado pelas doenças que se desenvolveram junto a esse avanço.

¹ Domiciano Siqueira (domicianos.siqueira@gmail.com) é autodidata, Consultor de Direitos Humanos e Drogas, Fundador e atual Conselheiro da Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA).

^{II} Alvaro Mendes (alvaroacre@uol.com.br) é administrador de empresas e economista pela Faculdade de Ciências Políticas e Econômicas do Rio de Janeiro com Especialização em Políticas Sociais e ex-presidente e atual Conselheiro da ABORDA.

O desenvolvimento de doenças como a aids e as hepatites, no mundo, se agravaram devido ao compartilhamento de seringas no uso de drogas e, para problematizar ainda mais esse quadro, à ilegalidade de algumas substâncias (maconha, cocaínas, heroína e seus derivados). Isso fez com que a Saúde Pública, a Justiça e as religiões, historicamente as instituições encarregadas de “enfrentar o problema”, se afastassem dele, uma vez que colocaram como pressuposto ao atendimento dessas pessoas usuárias a “necessidade do desejo de parar de usar drogas” em detrimento, muitas vezes, da realidade mais comum que sempre foi a manutenção do uso dessas substâncias. São pessoas que não querem, não conseguem ou não podem parar de usá-las.

Foi assim que problemas comuns entre usuários de drogas injetáveis, como abscessos (pequenos ferimentos), dessem lugar a problemas muito mais graves, como a aids, as hepatites, etc., e se tornassem parte integrante desse universo, transformando-os naquilo que hoje temos; ou seja, pessoas comprometidas com a autodestruição ou com o crime, afastadas de nós e alijadas das políticas de saúde e de cidadania.

A proposta de Redução de Danos

No Brasil, em 1989, na cidade de Santos, estado de São Paulo – que detinha altos índices de transmissão do HIV pelo uso compartilhado de seringas utilizadas com drogas, iniciou-se um trabalho de contato direto com usuários dessas substâncias, em seus pontos de encontro e convivência. Foi o início do “trabalho de campo”¹

Em 1994, em Salvador, Bahia, surgiu um Programa de Redução de Danos que se tornou uma escola para todos os outros programas que o sucederam²; em 1996, em Porto Alegre,

Rio Grande do Sul, uma iniciativa se destacou e por colocar em seu quadro de trabalhadores os usuários de drogas injetáveis³. Esses foram alguns dos programas de intervenção que tiveram como metodologia principal o trabalho de campo, a rua, a participação de usuários de drogas na sua constituição.

De uma maneira mais humanizada, podemos afirmar que o sucesso desse trabalho se deu ao se descobrir que o “campo” não era a rua em si, mas o “outro” que se encontrava em desamparo das políticas sociais. Essa descoberta redesenhou as formas de atenção e cuidado, fazendo do usuário de drogas não mais delinquente, um doente ou pecador, mas, acima de tudo, um “parceiro” na luta contra a estigmatização e o preconceito.

A política pública de saúde no Brasil, de forma geral, vem se modificando a partir de extensas discussões e pesquisas, aprimorando suas estratégias na busca de uma atenção humanizada, respeitando os direitos humanos e os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS). Isso ocorre apesar do desmonte em alguns *status* e a fragilidade da diminuição de recursos que está havendo atualmente em programas essenciais ao pleno desenvolvimento de um acolhimento humano, como a diminuição de repasse de recursos para a área de saúde mental, a retirada da menção a políticas de Redução de Danos, consequentemente destaca políticas que pregam abstinência junto à nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), entre outros pontos.

Em relação ao consumo e abuso de álcool e outras drogas, a partir da implantação de uma política nacional dentro dos princípios da Redução de Danos, de 2002⁴, foi imposto o desafio de formação de uma rede interinstitucional – envolvendo a Atenção Básica de Saúde, principalmente o Programa de Agentes Comuni-

tários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e os Serviços de Assistência Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (SAEs), os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad), além de outros serviços e dispositivos sócioassistenciais (instâncias envolvendo secretarias de Bem-Estar Social, Direitos Humanos e Cidadania, Educação, Justiça e Segurança Pública, etc. – locais onde os programas de Redução de Danos, estariam articulados ou não à Atenção Básica, que figura enquanto uma das portas de entrada, devido ao contato precoce do usuário de drogas com os serviços de saúde.

A abordagem do usuário de álcool e outras drogas sempre se constituiu como um desafio, requerendo um amplo conhecimento sobre o assunto, um domínio de métodos de abordagem e atuação e informações e técnicas adequadas, uma vez que a questão do uso dessas substâncias traz à tona questões relativas ao preconceito, mitificações, desinformação e manejos baseados no senso comum e não na relação de acolhimento humanizado, que respeite individualidade e desejos⁵⁻⁶.

Nestes tempos atuais, o grupo que atua na Redução de Danos está passando por um desafio, em um esforço no sentido de uma assistência mais igualitária - promovendo o debate e incentivando a discussão entre as instâncias públicas e a sociedade civil na implantação de políticas sintonizadas com a realidade e os direitos dos usuários de drogas.

Isso implica, principalmente, em desenvolver e manter ferramentas importantes para entender e desenvolver o trabalho preventivo, com foco no cuidado aos usuários de drogas com relação a outros agravos correlatos. Ao mesmo tempo, favorecendo que elaborem suas deman-

das e valores, a partir de um pensamento crítico, a compreenderem o seu comportamento e o do “outro”, a tomarem decisões responsáveis, desenvolvendo conhecimentos e atitudes em questões relacionadas ao próprio uso de drogas, à sexualidade, à violência, aos preconceitos e aos Direitos Humanos; ou seja, que lhes propiciem a escolha de um modo de vida saudável. Ferramentas estas, portanto, que constituem-se como importantes para aqueles que acreditam na solidariedade humana, principalmente, entre os que vivem em situação de rua.

Redução de Danos, Direitos Humanos, ética e cidadania

Os Direitos Humanos, expressos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, constituem uma base universal de princípios e valores que dizem respeito às garantias mínimas de uma vida digna à qual todo ser humano tem direito. Essa Declaração é reconhecida por quase todas as nações signatárias da Organização das Nações Unidas (ONU), que constituem a maioria dos países atuais, sendo incorporada, inclusive, pela maioria, em suas constituições nacionais.

A realidade Brasileira tem demonstrado insistentemente que, apesar do caráter universal dos direitos afirmados nesta Declaração, sua efetivação não depende exclusivamente de seu reconhecimento. Ao contrário, depende de uma luta cotidiana cuja responsabilidade é de todos e de cada um de nós e de quem acredita na Redução de Danos como uma ferramenta importante de inclusão do afeto.

A violação dos Direitos Humanos e da cidadania tem sido uma prática constante em nossa realidade e os fatores que contribuem para essa situação são muitos e de várias ordens. Ela expressa, em grande medida, o grau de violência de nossas relações sociais e o nível de intolerân-

cia da sociedade em conviver democraticamente com as diferenças. Essas características de nossa sociabilidade – violência e intolerância –, em parte herdadas de nossa colonização, têm sido reforçadas pelo individualismo, pelo consumismo e pela falta de consciência ecológica que vem moldando o significado da vida em sociedade nas últimas décadas.

Uma das possibilidades de superação desses limites, visando a convivência democrática entre os diferentes, pautada nos Direitos Universais – Humanos e de cidadania –, passa pela criação consciência ética entre redutores. A consciência ética nada mais é do que a capacidade de reconhecer-se no outro – ainda que seja diferente – a nossa própria humanidade. Ou seja, a luta cotidiana pela efetivação dos direitos humanos e de cidadania, à qual nos referimos anteriormente, nada mais é do que a luta pela efetivação dos nossos próprios direitos enquanto membros da comunidade humana. Quando aceitamos que os direitos de uma pessoa sejam violados, na verdade, do ponto de vista ético, estamos aceitando uma situação que ameaça o direito de todos.

No caso específico da Redução de Danos, a falta de uma consciência ética coloca-se no seguinte horizonte: quando uma sociedade não reconhece os direitos de uma pessoa que faz uso de uma droga ilícita, significa que essa sociedade, do ponto de vista ético, está afirmando que umas pessoas são mais cidadãs do que outras. Portanto, a condição de cidadania, nesse caso, passa a ser secundária em relação à de usuário de droga; ou seja, primeiro a pessoa é julgada por fazer uso de droga e, em decorrência disso, perde o reconhecimento de sua condição de cidadão. Essa é uma característica marcante de nossa sociedade, atingindo os usuários de drogas ilícitas e que, por isso, sofrem discriminação. Os usuá-

os – mesmo quando dependentes – de álcool e de tabaco, no entanto, não têm a sua cidadania negada na mesma intensidade que os usuários de drogas ilícitas; simplesmente por que fazem uso de drogas socialmente aceitas – ainda que a dependência seja uma condição de saúde, sem nenhuma relação com a legalidade ou a ilegalidade da droga. Nessa direção, uma consciência ética permite-nos exatamente inverter essa ordem perversa.

A pessoa que faz uso de drogas – lícitas ou ilícitas – é, antes e primeiramente, um ser humano e cidadão e, dessa forma, portador dos mesmos direitos dos outros cidadãos que não usam drogas. Ao reconhecer a condição de cidadão e os direitos dos usuários de drogas ilícitas, estamos, na verdade, afirmando a nossa existência ética. Ou seja, ao reconhecer os direitos do outro – que é diferente – estou, do ponto de vista ético, dizendo para o conjunto das pessoas que fazem parte dessa sociedade como eu gostaria de ser tratado, caso estivesse naquela situação.

A solidariedade, o não preconceito e a não discriminação são os marcos norteadores de toda e qualquer intervenção que pretenda se ocupar tanto da prevenção quanto da assistência às pessoas com IST/HIV/aids, tuberculose e hepatites virais. Sabemos que a construção da cidadania do usuário de drogas frente à ilegalidade de suas práticas é o maior impasse para o planejamento de programas de prevenção que valorizem os direitos humanos e respeitem a autonomia dos sujeitos. É através do direito básico à informação e de uma legislação apropriada que o cidadão poderá se lançar na busca por outros direitos fundamentais, como o acesso a serviços de saúde, a tratamentos adequados e a melhoria da sua qualidade de vida.

Barreiras nas Ação com Usuários de Drogas Ilícitas

Nos desafios cotidianos das intervenções na rua são encontradas várias barreiras, que vão, desde a incompreensão da sociedade, até a atitude de muitos governantes que apelam para a higienização e limpeza social como forma de resolutividade para acabar com a mazela de quem, na verdade, está em vulnerabilidade social devido à falta de políticas públicas mais humanizadas de inclusão social e seus desafios, tanto no campo da prevenção, como da assistência a esta população específica que são os usuários de drogas.

Além da alta vulnerabilidade individual e das estimativas epidemiológicas que acometem essas pessoas, contundentes no mundo contemporâneo⁷, algumas avaliações clínicas também indicam que os consumidores de drogas, quando infectados pelo vírus da tuberculose e HIV e/ou doentes de aids, costumam ter um dos piores prognósticos relativos à manutenção da saúde, além de ter a morbidade e a letalidade aumentadas, se comparadas às de outros grupos populacionais⁸.

Apesar disso, não é difícil observar o quanto, em muitos municípios brasileiros, as ações de prevenção e assistência voltadas para essa população específica ainda são insuficientes, irregulares ou, na sua grande maioria, inexistentes. O Ministério da Saúde, ao apresentar suas diretrizes nacionais para uma Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas⁴, em 2004, reafirmou ser esse tema “um grave problema de Saúde Pública”, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS e, propôs o enfrentamento da questão através do subsídio de uma construção coletiva⁹ (p.5).

A aplicação desse tipo de estratégia passou a não ser mais reconhecida pelo próprio

Ministério da Saúde como a lógica a ser utilizada nos serviços de atenção diária que integram a rede de cuidados em Saúde Mental, no atual governo federal¹¹, deixando a população de rua mais expostas aos determinantes sociais.

A invisibilidade que cerca a questão das drogas e seus usuários é um fato notório e tem reflexos no relacionamento entre profissionais de saúde e seus pacientes. Muito raramente, esse tema é incluído nas anamneses, entrevistas e consultas de avaliação clínicas. Em muitas situações, o profissional de saúde tem fortes indícios de que o paciente seja um usuário de drogas, mas prefere “não tocar no assunto” ou tratar o sujeito de um modo parcial e sem se ocupar em incluir esse dado nas suas avaliações de risco à saúde, nas suas hipóteses diagnósticas, nos seus aconselhamentos ou nos projetos terapêuticos⁹. Na maior parte das vezes, quando esse assunto é clinicamente abordado, ainda prevalecem às exigências para uma abstinência total, moralmente apresentada aos pacientes como uma pré-condição para que algum tratamento seja empreendido.

É consensual, o reconhecimento de que a epidemia da aids provocou, na sociedade brasileira, uma visibilidade um pouco maior para os comportamentos relacionados com o uso de drogas, os padrões de consumo envolvidos, os tipos de usuários e os possíveis danos à saúde resultantes do abuso de substâncias psicoativas. Vale ressaltar, no entanto, que essa visibilidade permanece circunstancial e descontínua, sendo frequentemente embaçada por estigmas, preconceitos e discriminações que, invariavelmente, são os principais responsáveis por manter na exclusão social essa população específica.

O que se vê mais frequentemente, por

¹¹ Gestão de Jair Bolsonaro, iniciada em 2019.

parte de muitos profissionais de saúde, no trato com esse tipo de usuário, é a adoção de estratégias repressivas, com intervenções marcadas por noções de culpa de certo e errado, tentando promover um ideal de “pureza humana” e de saúde a serem alcançados unicamente pela abstinência às drogas. Não raro, “essas intervenções costumam ser associadas a uma pedagogia do terror enfatizando o medo como uma forma de afastar o sujeito das drogas, livrando-o de um suposto caminho que o levaria, inevitavelmente, ao crime, à doença e à morte”⁹ (p.10).

Considerações finais

Ainda são muito tímidas as ações contínuas de prevenção centradas em estratégias de Redução de Danos na rua e que tenham como meta a promoção e o desenvolvimento de uma consciência crítica desses sujeitos, avaliando, junto com eles, seus riscos e os fatores viáveis de proteção que cada um efetivamente dispõe.

As estratégias preventivas de Redução de Danos agem, assim, respeitando e tratando o usuário de drogas como um cidadão portador de direitos e deveres. Difunde conteúdos atualizados e sem preconceitos. Desenvolve a cidadania, a autonomia e os mecanismos de autorregulação e de responsabilização pessoal.

Referências

1. Mesquita F. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis: polêmica nacional. In: Bastos FI, Mesquita F, Marques LF. (orgs.). Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. p.101-112.
2. Nery FSG. A rede de atenção psicossocial no centro histórico do município de Salvador - BA: um olhar sobre a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. 103f. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica do Salvador. Salvador; 2015.
3. Nardi HC, Rigoni FQ. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande

do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(2):382-392. (on line). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200017>

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
5. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; Abrasco; 2003.
6. Teixeira RR, Ferigato S, Lopes DM, Matielo DC, Sandenberg ML, Silva P & cols. Apoio em rede: a Rede HumanizaSUS conectando possibilidades no ciberespaço. In: Interface. Comunicação, Saúd Educ. 2016; 20(57):337-348. (on line). [acesso em: 27 out 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1217>
7. Santos NTV. Vulnerabilidade e prevalência de HIV e sífilis em usuários de drogas no Recife: resultados de um estudo respondent-driven sampling. 2013. (Tese). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife; 2013. 151 f.
8. Giacomozi AI, Itokazu, Luzardo AR, Figueiredo CDS, Vieira M. Levantamento sobre uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do programa saúde do escolar/saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis. Saude Soc. 2012, 21(3):612-622. (on line). [acesso em: 27 out 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/08.pdf>
9. Zucarro N. Drogas e aids da invisibilidade á integralidade: um caminho a percorrer. In: Rio de Janeiro. Secretaria de Estado da Saúde. Assessoria de DST/Aids e Hepatites Virais; Defesa Civil. Texto 2 - prevenção drogas e aids. Rio de Janeiro; 2007. (on line). [acesso em: 23 out 2020]. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=TaLKOhiYDVI%3D>