

FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO

**MARIA DO ROSÁRIO DA COSTA FERREIRA**

PERCURSOS E PERCALÇOS na atenção à saúde da população em situação de rua e uso de  
drogas

São Paulo

2023

MARIA DO ROSÁRIO DA COSTA  
FERREIRA

PERCURSOS E PERCALÇOS na atenção à  
saúde da população em situação de rua e uso de  
drogas

Dissertação apresentada ao curso Maestría  
Estado, Gobierno y Políticas Públicas da  
Faculdade Latino-Americana de Ciências  
Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte  
dos requisitos necessários à obtenção do título  
de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas  
Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Renan Vieira de Santana Rocha

São Paulo

2023

## Ficha catalográfica

FERREIRA, Maria do Rosário C.

Percursos e percalços na atenção à saúde de população em situação de rua e uso de drogas / Maria do Rosário da Costa Ferreira, São Paulo: FLACSO/FPA, 2023.

Quantidade de folhas f.: 85.

Dissertação (Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Renan Vieira de Santana Rocha

MARIA DO ROSÁRIO DA COSTA  
FERREIRA

PERCURSOS E PERCALÇOS na atenção à  
saúde da população em situação de rua e uso de  
drogas

Dissertação apresentada ao curso Maestría  
Estado, Gobierno y Políticas Públicas,  
Faculdade Latino-Americana de Ciências  
Sociais, Fundação Perseu Abramo, como parte  
dos requisitos necessários à obtenção do título  
de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas  
Públicas.

Aprovada em 13/09/2023

---

Prof. Dr. Renan Vieira de Santana Rocha  
FLACSO Brasil/FPA

---

Profa. Dra. Beatriz Borges Brambilla  
FLACSO Brasil/FPA

---

Prof. Dr. José Ronaldo Trindade  
FLACSO Brasil/FPA



## **Agradecimentos**

Primeiramente, agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Renan Vieira de Santana Rocha, pela generosidade com que acolheu meu projeto e pela sensibilidade diante de minhas dúvidas e dificuldades.

Aos meus pais, Maria de Lourdes da Costa Ferreira e Clemente Lobato Ferreira, pela vida que pulsa em mim, com suas alegrias e tristezas, a partir de onde pude me tornar alguém que abraça a vida com amor e coragem.

A toda minha ancestralidade.

Ao Movimento da Luta Antimanicomial, da Redução de Danos, de defesa do Sistema Único de Saúde e às companheiras e companheiros de todas as lutas por um mundo menos injusto e violento.

Aos usuários e usuárias que seguem pelas ruas, terrenos baldios, viadutos e casas abandonadas, lutando todos os dias por mais um dia em suas vidas aviltadas pela injustiça social, mas que, ainda assim, sempre nos receberam com generosidade.

À Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais.

À escola de formação do Partido dos Trabalhadores, Fundação Perseu Abramo, pela oportunidade de realizar este trabalho.

Aos meus colegas de Maestría, pelos bons e belos momentos compartilhados.

Ao Prof. Dr. José Ronaldo Trindade, por ter atendido ao convite para participar da banca.

Aos meus amores, amigas e amigos, que trazem luz à minha vida.

Ahóagbógbóyé Òṣùmàrè! Àṣẹ!

Fazer campo é acessar a realidade.

“Outra realidade menos morta,  
tanta mentira, tanta força bruta” (Chico  
Buarque e Gilberto Gil)

FERREIRA, Maria do Rosário da Costa. **Percursos e percalços na atenção à saúde de população em situação de rua e uso de drogas** (Dissertação de Mestrado). Mestrado em Estado, Governo e Políticas Públicas. São Paulo: FLACSO/FPA, 2023.

## **RESUMO**

Em 2011 foram criadas as equipes de Consultório na Rua (eCR) no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de oferecer atenção integral à saúde da população em situação de rua (PSR), evento que fez as diretrizes da Atenção Básica, a lógica da atenção psicossocial e a estratégia de redução de danos. Atualmente, existem cerca de 171 equipes com atuação em quase todo o Brasil. Este estudo tem por principal objetivo descrever o processo de implantação do Consultório na Rua de Santo André, que se constituiu a partir da transição da Unidade de Redução de Danos, (Plano Crack é Possível Vencer), no eixo do Cuidado (aumento e atenção aos usuários), assim como seu percurso na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Santo André no período de 2013-2016. Dessa forma, a dissertação pretende fazer emergir as negociações, os impasses e conflitos com que se viu às voltas o Consultório na Rua. Em termos metodológicos, trata-se de uma pesquisa qualitativa, subsidiada por minhas próprias experiências, como protagonista que fui dessa história, em uma espécie de autoetnografia, complementada pela consulta de documentos oficiais, informações disponibilizadas em periódicos, impressos e virtuais, além do debate com a literatura disponível sobre o assunto. Trata-se, portanto, de historicizar a oferta de cuidados a uma população historicamente desassistida.

**Palavras-chave:** políticas públicas; consultório na rua; saúde; drogas; população.



FERREIRA, Maria do Rosário da Costa. **Journey and obstacles in health care for the homeless population and drug use** (Dissertação de Mestrado). (Master's Dissertation). Master in State, Government and Public Policies. São Paulo: FLACSO/FPA, 2023.

## **ABSTRACT**

In 2011, the Street Clinic (eCR) teams were created in the Unified Health System (SUS), with the aim of offering comprehensive health care to the homeless population (PSR), an event that established the guidelines for primary care, the logic of psychosocial care and the harm reduction strategy. Currently, there are around 171 teams operating in almost all of Brazil. The main objective of this study is to describe the implementation process of the Consultório in Rua de Santo André, which was constituted from the transition of the Harm Reduction Unit, (Plano Crack é Possível Vencer), in the Care axis (increase and attention to users), as well as their journey in the Health Care Network (RAS) in the municipality of Santo André in the period 2013-2016. In this way, the dissertation intends to bring out the traumas, impasses and conflicts with which the Consultório na Rua was faced. In methodological terms, the research is a qualitative research, subsidized by my own experiences, as the protagonist that I was in this story, in a kind of autoethnography, complemented by the consultation of official documents, information made available in newspapers, printed and online, in addition to of the debate with the available literature on the subject. It is, therefore, about historicizing the provision of care to a historically underserved population.

**Keywords:** public policies; office on the street; health; drugs; population.

## LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
Caps AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas  
Cras – Centro de Referência da Assistência Social  
Creas – Centro de Referência Especializado de Assistência Social  
CR – Consultório na Rua  
Comitê Gestor Plano Crack é Possível Vencer  
CT – Conselho Tutelar  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DP – Defensoria Pública  
eCR – Equipes de Consultório na Rua  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
Hospital da Mulher Maria José dos Santos Stein  
MS – Ministério da Saúde  
Naps AD – Núcleo de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
PA – Pronto Atendimento  
PSA – Prefeitura de Santo André  
PSR – População em Situação de Rua  
Raps – Rede de Atenção Psicossocial  
RD – Redução de Danos  
Samu – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SPA – Substâncias Psicoativas  
Suas – Sistema Único de Assistência Social  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UA – Unidade de Acolhimento  
UD – Usuário de Drogas  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Usuário retribui a apresentação do Coral de Natal dos participantes do Projeto Percursos Formativos/MS, com número de mágica. Dezembro de 2014	15
Figura 2 – Mapa do Grande ABC	27
Figura 3 – Carro devidamente identificado, em conformidade com o Manual de Visualização do Ministério da Saúde. Foto tirada no Largo Três de Maio. Setembro de 2013	41
Figura 4 – Coordenando mesa com a presença da Dra. Ana Pitta, David Abdo, coordenador do Consultório na Rua de São Bernardo do Campo e o enfermeiro Marcelo Soares, do Consultório na Rua de Manguinhos/RJ. Novembro de 2014	52
Figura 5 – Foto tirada na Rua Icaraí, Santo André. Setembro de 2006	64

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
1.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS.....	5
1.2 METODOLOGIA .....	13
<b>2 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL</b> .....	<b>15</b>
2.1 AS DISPUTAS POR UM MODELO ASSISTENCIAL .....	21
2.2 COMBATE ÀS DROGAS E A CRIMINALIZAÇÃO DO USUÁRIO.....	24
2.3 A DITADURA E O IMAGINÁRIO DA GUERRA FRIA – A AMEAÇA COMUNISTA .....	25
<b>3 CONSULTÓRIO NA RUA: PARA QUEM?</b> .....	<b>27</b>
3.1 O MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ .....	27
3.1.2 A Rede de Atenção Psicossocial de Santo André – Raps.....	29
3.2 CONSULTÓRIO NA RUA .....	33
3.3 CONSULTÓRIO NA RUA: PRINCÍPIOS NORTEADORES .....	36
3.4 MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ: POR QUE SE TORNOU REFERÊNCIA?.....	38
<b>4 A IMPLANTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA DE SANTO ANDRÉ</b> .....	<b>41</b>
4.1 AGENTES PÚBLICOS ATUANTES NA SAÚDE COLETIVA .....	46
4.2 REDUTORES DE DANOS: QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS IMPACTOS? .....	47
<b>5 CONSULTÓRIOS NA RUA: UMA AUTOETNOGRAFIA</b> .....	<b>52</b>
5.1 CAPACIDADES TÉCNICA E POLÍTICA .....	52
5.2 PROJETO ÉTICO E ESTÉTICO DE CUIDAR DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E USO DE DROGAS .....	58
5.3 CONTRADIÇÕES NAS ATUAIS POLÍTICAS SOBRE DROGAS .....	59
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>67</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Neste estudo, procura-se registrar o funcionamento de um serviço de saúde que atua nas interfaces com outras políticas para ofertar atenção integral às pessoas em situação de rua. Sendo um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade envolve a garantia ao indivíduo a uma assistência à saúde que vá além da prática curativa e que o assista em todos os níveis de atenção e que considere os contextos social, familiar e cultural em que estão imersos os indivíduos.<sup>1</sup>

Antes de prosseguir, gostaria de explicitar minha trajetória pessoal, que engloba as questões aqui trabalhadas nos últimos 20 anos.

Em 2002, iniciei minhas primeiras atividades relacionadas com a prática da redução de danos (RD) no Centro de Convivência É de Lei, uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos criada em 1998 e que atua na promoção da redução de riscos e danos, sociais e à saúde, associados à política de drogas.<sup>2</sup> Foi minha primeira experiência e, de imediato, me identifiquei com a proposta política ali defendida.

---

<sup>1</sup> Sobre integralidade no SUS, ver: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. *Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

<sup>2</sup> No site dessa organização encontramos a seguinte definição: “Queremos, a partir da perspectiva interseccional do cuidado, influenciar a aprovação de políticas públicas interessadas na redução de danos, para ampliar a rede de suporte para pessoas usuárias de substâncias psicoativas, levando em consideração os recortes de raça, gênero e classe social. Pressionamos o poder público para que implemente políticas públicas para atender as pessoas afetadas pela política de drogas. Estas políticas devem ser elaboradas com a participação das pessoas afetadas, para que estas ocupem os lugares de tomada de decisões, assumindo seu protagonismo. Formaremos uma rede de intercâmbio entre pessoas redutoras de danos em outros estados e países para expandir a rede de redução de danos, trocar experiências com outros polos importantes, auxiliar no desenvolvimento de novas tecnologias e na produção de conhecimento. Qualificamos a redução de danos como indissociável do fomento do protagonismo das pessoas afetadas pela política de drogas e da presença no território, estratégias que garantem a vitalidade das intervenções. Estenderemos o alcance da organização para lugares onde o cuidado não chega: população LGBTQIAP+, população sobrevivente da prisão, em situação de rua, cenas de prostituição, lazer, comunidades de povos originários, além de crianças e adolescentes. Ambicionamos construir um trabalho formativo, preventivo e estratégico, sensibilizando a população e os principais atores da política pública municipal, estadual, federal e internacional. Nossas ações estão voltadas para o desenvolvimento da cidadania e para a defesa dos Direitos Humanos de pessoas que usam drogas, sobretudo em contextos de vulnerabilidade. Essas ações se concentram em cinco núcleos”.

Essa ONG apresenta a seguinte estrutura: **Núcleo Práticas de Redução de Danos**: oferece acolhimento, orientação e encaminhamento de pessoas usuárias de drogas e sua rede de interação social no Centro de Convivência, realiza intervenções em campo e desenvolve projetos para promoção da redução de danos em diversos contextos, incluindo a criação e testagem de insumos e estratégias preventivas para pessoas usuárias de diferentes drogas em diferentes contextos; **Núcleo de Ensino e Pesquisa**: coordena cursos, formações e supervisões de profissionais, assim como oferece consultoria para a implantação de programas de redução de danos e colabora em pesquisa científicas; **Núcleo de Comunicação e Advocacy**: é responsável por representar o É de Lei em eventos, articular parcerias institucionais, realizar análises de conjuntura e definir as estratégias de incidência nas diferentes esferas, além de orientar o diálogo público para a disseminação da Redução de Danos; **Núcleo de Gestão Estratégica** e **Núcleo de Gestão Operacional**: têm como objetivo cuidar da integridade, saúde e sustentabilidade institucional do É de Lei, realizando o monitoramento dos projetos vigentes. Estes núcleos partem de uma visão global e estratégica da Instituição, garantindo uma direção alinhada aos propósitos

Em 2003, passei a compor a equipe da unidade de RD de Santo André como supervisora de campo. Trata-se de um instrumento do trabalho em saúde dedicado à transformação da situação de saúde de indivíduos que circulam ou trabalham nas ruas, tais como usuários de drogas, garotos de programa, prostitutas, homens que fazem sexo com homens, adolescentes em situação de exploração sexual, pessoas trans, lésbicas etc. Alguns anos depois, em 2009, ingressei no Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids Santo André, onde desenvolvi atividades de acolhimento e RD, período em que me vi também às voltas com as questões do uso de drogas, das estratégias de atendimento dos usuários, nesse caso acrescida pela prevenção e pelo aconselhamento no tocante a doenças infecciosas.

No ano de 2010, na Secretaria Municipal de Saúde de Belém, iniciei o treinamento de trabalhadores para integrar a Equipe do Consultório na Rua (eCR). Belém, minha cidade natal, me possibilitou uma perspectiva comparativa entre diferentes realidades atingidas pelas mesmas questões, porém com demandas locais e específicas que devem ser consideradas. Nessa mesma secretaria, em 2011 fui coordenadora da Referência Técnica em Saúde Mental. Retornei a São Paulo em 2012 para compor a eCR de São Bernardo do Campo, exercendo atividades de RD.<sup>3</sup>

Entre 2012 e 2014, retornei a Belém para atuar no Ministério da Saúde fazendo supervisão clínico-institucional dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (Caps AD) de Belém e Santa Izabel do Pará. Em 2013 passei a integrar a equipe da RD de Santo André nas atividades de coordenação e processo de transição para CR. Entre 2015 e 2016, no Consultório na Rua (CR) de Jundiaí, fui supervisora clínico-institucional.

Minha vasta experiência no campo me conduziu, em 2016, à Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde, onde passei a desenvolver atividades de tutoria. Em 2017, trabalhei no Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde como

---

do É de Lei, ao contexto político e às estratégias acordadas entre todas as equipes. Disponível em: <https://edelei.org/home/sobre-nos/>. Acesso em: 15 ago. 2023.

<sup>3</sup> “O Consultório na Rua é parte de uma rede que amplia o acesso da população de rua aos serviços de saúde, facilitando o acesso à saúde para pessoas em condições de vulnerabilidade. Inaugurado em 2010, atualmente possui 2.300 cadastrados em sua rede e faz parte de uma iniciativa do Ministério da Saúde. De acordo com o coordenador do programa em São Bernardo, Davi Benetti, a iniciativa desenvolve ações previstas no Programa de Redução de Danos, que visa minimizar danos sociais e de saúde física e mental. ‘Há uma equipe multiprofissional composta de psicólogos, assistentes sociais, gestores em saúde e técnicos que percorrem pontos onde se reúnem moradores de rua e usuários de drogas’, conta. Os organizadores afirmam que estar em situação de rua depende da história de vida. ‘Tem de tudo, casos em que a pessoa perde toda a família em um acidente, ou faz uso da droga na rua. Na maioria das vezes o motivo é desagregação familiar’, disse Benetti”. Disponível em: <http://www.metodista.br/rroonline/noticias/saude/2016/04/consultorio-movel-atende-populacao-de-rua-em-sao-bernardo>. Acesso em: 15 ago. 2023.

supervisora clínico-institucional dos Caps AD Prates e Santana. Finalmente, em 2021 passei a trabalhar no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas de Diadema (Caps AD), onde fui gerente de serviço de saúde. Vale destacar que, ao longo desse período, participei de eventos acadêmicos, apresentando trabalhos elaborados a partir de minha inserção no campo.<sup>4</sup>

Depois de atuar por 20 anos na política de atenção a usuários de drogas, experiência que pretendo esmiuçar ao longo desta dissertação, percebi o quanto é urgente a repactuação da linha de cuidados a essa população, pois, quando se pretende pensar e implantar serviços que garantam direitos às populações historicamente marginalizadas, sérios obstáculos imediatamente vêm à tona, como o proibicionismo e o preconceito contra os empobrecidos usuários de drogas<sup>5</sup> e que têm seus direitos sistematicamente negados e/ou violados.

A política de drogas no Brasil, refletida na ação direta dos consultórios de rua, se vê diante das dificuldades derivadas da contradição entre duas políticas públicas encarregadas de lidar com a questão: a Política de Saúde e a Política de Segurança Pública. É necessário entender adequadamente esse fenômeno e construir possibilidades de diálogos mais lúcidos sobre a questão.

---

<sup>4</sup> FERREIRA, M. R. C. *Formação política em saúde e o futuro do SUS*. 2020; FERREIRA, M. R. C. *Estratégias de redução de danos no manejo das Unidades de Acolhimento(UAs) da Brasilândia*. 2018; FERREIRA, M. R. C. *Redução de danos*. 2017; FERREIRA, M. R. C. *Ética e redução de danos*. 2017; FERREIRA, M. R. C. *Estado de violência*. 2017; FERREIRA, M. R. C. *Drogas lícitas e ilícitas e a política de redução de danos*. 2016; FERREIRA, M. R. C. *Acolhimento e ambiência*. 2016; FERREIRA, M. R. C. *Direitos humanos e redução de danos*. 2016; FERREIRA, M. R. C.; SILVA, A. B. *Saúde mental na Atenção Básica: álcool e outras drogas*. 2016; FERREIRA, M. R. C. *Drogas, cidadania e saúde pública*. 2016; FERREIRA, M. R. C. *Curso Intra Congresso: mulheres em extrema vulnerabilidade: sífilis e HIV – a importância do trabalho no território*. 2015; FERREIRA, M. R. C. *Atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com uso problemático de drogas: intersetorialidade no atendimento à demanda/articulação entre as políticas públicas*. 2015; FERREIRA, M. R. C. *Uso de drogas: dilapidar preconceitos*. 2014; FERREIRA, M. R. C. *A potência da redução de danos no cuidado a usuários de drogas*. 2014; FERREIRA, M. R. C. *A trajetória da redução de danos na rede de atenção psicossocial*. 2014; FERREIRA, M. R. C. *Guerra às drogas e a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas*. 2014; FERREIRA, M. R. C. *Cuidar em contextos de vulnerabilidade*. 2014. FERREIRA, M. R. C. *Os cuidados a usuários de drogas na perspectiva da redução de danos: um desafio intersetorial*. 2014; FERREIRA, M. R. C. *Paradoxos da Política sobre Drogas e da Saúde Mental na construção das redes de atenção psicossocial*. 2013. FERREIRA, M. R. C. *Questão das drogas na reforma psiquiátrica*. 2013; FERREIRA, M. R. C. *O que mata não é o crack*. 2011; FERREIRA, M. R. C. *Tóxico: desintoxicar o debate sobre drogas*. 2011; FERREIRA, M. R. C. *Políticas sobre drogas: diálogos intersetoriais*. 2011; FERREIRA, M. R. C. *A importância da participação popular na Conferência de Saúde Mental*. 2010; FERREIRA, M. R. C. *Redução de danos*. 2010.

<sup>5</sup> Nos limites desta pesquisa preferimos usar o termo **drogas**, e não, como parece ser cada vez mais usual entre os pesquisadores do tema, a expressão **substâncias psicoativas**. Segundo a OMS, é considerada **droga** qualquer **substância**, seja ela natural, seja sintética, capaz de modificar as funções orgânicas quando ingeridas (OMS, 1981). As razões dessa escolha têm a ver tanto com o fato de que muitos dos documentos produzidos no campo, como atas, relatórios, minutas ou leis continuam a fazer uso desse termo, bem como um amplo coletivo composto de usuários, operadores da lei e pelos demais profissionais que circundam esse universo.

A Política de Saúde tem por princípios e diretrizes o direito à saúde como uma das formas de preservação da vida e da saúde física e mental dos indivíduos. Já a Política de Segurança Pública atua numa direção oposta, a despeito da lei que distingue usuários de traficantes, os primeiros são percebidos como uma ameaça em potencial, portanto, inimigos a serem combatidos com rigor.

Direitos essenciais inscritos na Constituição Federal, que define o Brasil como um Estado Democrático de Direito e cujos fundamentos se baseiam na proteção da dignidade da pessoa humana, são violados sistematicamente, sem qualquer punição dos agentes que perpetraram tais violações e sem qualquer reparação aos atingidos.

Esta dissertação estuda os aspectos históricos das primeiras políticas de combate às drogas, perpassando diversos governos até os dias atuais. Para tal, questiona seus impactos no processo de criminalização da população de rua e investiga como os CR conseguem abrir um leque de possibilidades de inovação que fazem emergir novas abordagens capazes de redefinir conceitos e paradigmas sobre a população de rua.

Desse modo, a pesquisa está estruturada em quatro capítulos.

O primeiro capítulo traz à tona, numa perspectiva histórica, os acontecimentos que tiveram um papel de destaque na construção da política de drogas que atravessou o século XX, passando por inúmeras adequações até se consolidar como um marco legal no Brasil. Investiga também os impactos de tal ação para as políticas públicas no âmbito municipal de Santo André.<sup>6</sup>

O segundo capítulo confronta as teses originárias defendidas no âmbito nacional com as primeiras tentativas das políticas criadas pelo município de Santo André. Nesse aspecto, é necessário levantar em linhas gerais as políticas públicas criadas durante os anos de 2013 a 2016, momento com enormes impactos na ação.

No terceiro capítulo entram em cena os consultórios de rua, o contexto de sua formação e os primeiros marcos legais para a política de populações em situação de rua, seus principais atores e entusiastas. Vale ressaltar que esses consultórios foram extremamente importantes para a região do ABC, uma vez que criaram a chance de garantir acesso às políticas públicas.

O quarto capítulo aprofunda os limites e as possibilidades dos consultórios por meio do levantamento dos pontos fracos da política, suas contradições e os entraves que impedem

---

<sup>6</sup> O livro a seguir é fundamental para este capítulo: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. *Legislação e política sobre drogas*. Brasília, 2008. p. 10.



que ela se torne uma referência no atendimento à população. Deve-se pontuar também a capacidade política dessa agenda, pois, quando ocorre mudança de gestão, existem riscos de descontinuidade.

A dissertação se encerra com as considerações finais do trabalho, em que são destacados de forma breve os resultados de minha análise, empenhada em pensar um modelo assistencial para usuários de drogas e pessoas em situação de rua e a articulação política necessária à consolidação de um modelo que assegure a proteção social, que, comprometida, funciona apenas de forma paliativa e, assim, perpetua a situação de exclusão para o campo da cidadania.

## 1.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Antes de iniciar a apresentação da discussão teórica, é preciso acentuar uma situação bastante problemática com a qual eu e outros profissionais fomos obrigados a confrontar durante as atividades de atendimento. Depois de identificar ou mapear os diversos territórios onde moravam/ficavam/dormiam as pessoas e/ou grupos de pessoas-alvo de nossas ações, trabalhamos também com algumas variáveis que nos indicavam a periodicidade de estar ou passar naquelas cenas, pois era apenas um dispositivo para cobrir todo o município. À época, evitamos utilizar a definição de *cracolândias* por ser uma expressão estigmatizante.

Em algumas cenas, o número de mulheres era um dos fatores de indicava a necessidade de uma maior presença de nossa parte, haja vista as vulnerabilidades associadas. Nesse grupo, em determinado momento tivemos a presença de grávidas, e prontamente lidamos com os cuidados necessários às mulheres nessa condição. Nesse caso, uma questão que dificultava o início e a continuidade do pré-natal era o medo que a mãe tinha de perder o bebê, porque muitas já tinham perdido outros filhos ao saírem do hospital, muitas vezes sem nem sequer poder vê-los, ficavam sem saber seu paradeiro, ou eram impedidas de visitá-los caso soubessem em que abrigo estavam.

Entre os casos que manejamos no cotidiano, o dessas mulheres foi um dos mais desafiadores. Defendemos o direito de as mães saírem do hospital com seus bebês e, para tanto, articulamos com a rede e as famílias da mãe ou do pai para que as acolhessem. Outra possibilidade era ela e o bebê irem para a Unidade de Acolhimento (UA), onde moravam por um tempo determinado. Lá recebiam cuidados intensivos no Caps AD, programando seu retorno à família ou auxiliando-as a conseguir trabalho que lhes proporcionasse independência financeira e um lugar para morar. Entretanto, o fato de estarem em situação de

rua e fazerem uso de drogas trazia enorme dificuldade de assegurar o direito à maternidade e, em muitos casos, foi necessário articular com a Defensoria Pública a garantia desse direito, ação na qual fomos bem-sucedidos. Evidentemente, enquanto fazíamos os cuidados necessários, nós as orientávamos sobre a impossibilidade de permanecerem nas ruas com seus bebês, que também tinham que ter seus direitos respeitados.

A história relatada ilustra a necessidade de que nossa atuação estivesse sempre conectada com uma crítica às políticas de combate às drogas e ao tipo de tratamento geralmente destinado aos usuários pelo Estado. Assim, vale a pena revisitar esse debate.

A chamada guerra às drogas é um fenômeno político que afeta milhões de pessoas no mundo todo, opera naquela zona cinzenta entre Estado de direitos e Estado de exceção (Agamben, 2004), visto que as ações dos agentes encarregados de executá-la frequentemente agem ao arrepio da lei; é uma campanha global, liderada pelos EUA, que fornece ajuda e intervenção militar para coibir o comércio ilegal de drogas em qualquer lugar do mundo. Essa iniciativa levou à formulação de um conjunto de políticas que visam desencorajar a produção, a distribuição e o consumo de drogas psicoativas que as Nações Unidas tornaram ilegais (Farber, 2021).

A expressão guerra às drogas, que a filósofa Donna Haraway (1995) definiria como masculinista, foi bastante difundida pela mídia depois de uma coletiva de imprensa do presidente Richard Nixon em 18 de junho de 1971, um dia depois de ter enviado ao Congresso uma mensagem sobre prevenção e controle do abuso de drogas na qual definia as drogas como o “inimigo público número um”, e que incluía um texto sobre a destinação de mais recursos federais para a “prevenção de novos viciados e reabilitação dos viciados”, ainda que essa última parte não tenha gozado da mesma atenção pública (Farber, 2021). Dois anos antes, o presidente Nixon já havia declarado formalmente “guerra às drogas”, voltada a erradicação, interdição e encarceramento. Segundo a Drug Policy Alliance, organização que defende o fim da guerra às drogas, os EUA gastam 51 bilhões anualmente nessas iniciativas. Em 2021, 50 anos depois, estima-se que o país já desembolsou mais de 1 trilhão de dólares (Farber, 2021).

Em 13 de maio de 2009, Gil Kerlikowske, diretor do Escritório de Política Nacional de Controle de Drogas (ONDCP), sinalizou que o governo Obama não planejava alterar significativamente a política antidrogas, mas também que o governo não usaria o termo *war on drugs* porque Kerlikowske o considera contraproducente (Farber, 2021).

Em um relatório crítico sobre a guerra às drogas publicado em junho de 2011, a Comissão Global sobre Política de Drogas declarou que:

A guerra global contra as drogas fracassou, com consequências devastadoras para indivíduos e sociedades em todo o mundo. Cinquenta anos após o início da ONU Convenção Única sobre Drogas Narcóticas, e anos depois que o presidente Nixon lançou a guerra do governo dos EUA contra as drogas, reformas fundamentais nas políticas nacionais e globais de controle de drogas são urgentemente necessárias.<sup>7</sup>

A divulgação desses dados causou um certo desconforto nas organizações que se opõem à legalização geral das drogas.<sup>8</sup>

Ao longo de todo esse período, a guerra às drogas produziu muitos efeitos colaterais nos EUA, por exemplo, o fato de que aproximadamente 1 milhão de pessoas são encarceradas todos os anos lá por violações da lei de drogas, com penalidades que atingem em especial os jovens por meio da remoção permanente ou semipermanente das oportunidades de educação, retirada do direito de voto e, posteriormente, envolvem a criação de registros criminais que tornam o emprego mais difícil. Sabe-se hoje que um quinto da população prisional dos EUA está encarcerada por conta de drogas (Farber, 2021).

Alguns autores sustentam que a guerra às drogas foi responsável pela criação de uma subclasse permanente de pessoas com poucas oportunidades educacionais e de trabalho devido às punições por delitos de drogas que, por sua vez, resultam de tentativas de ganhar a vida quando não se tem educação ou oportunidades de trabalho. Assim, como já destacado pelo sociólogo Wacquant, a lei vai ser, então, a resposta pública aos miseráveis do processo de exclusão deflagrado por governos alinhados à ideologia neoliberal, na qual a segurança vai regular a vida e todas as suas relações (Farber, 2021).

Um estudo publicado em 2008 pelo economista de Harvard Jeffrey A. Miron revelou que os gastos com repressão e encarceramento reduziram bastante com a legalização das drogas – aproximadamente 41,3 bilhões de dólares, com 25,7 bilhões economizados entre os estados e mais de 15,6 bilhões acumulados para o governo federal. Segundo o autor, com a legalização, pelo menos 46,7 bilhões de dólares seriam arrecadados em receita tributária, taxas comparáveis às do tabaco e do álcool – 8,7 bilhões da maconha, 32,6 bilhões da cocaína e heroína e 5,4 bilhões de outras drogas (Farber, 2021).

As técnicas de governo, ou governamentalidade, como definiu Michel Foucault, têm no proibicionismo um sólido fundamento ideológico que legitima e autoriza ações coercitivas, facilitadas pela desagregação social que todo conflito produz e que demanda, por

---

<sup>7</sup> COMISSÃO diz que guerra contra drogas no mundo fracassou e defende mercado regularizado. *BBC News Brasil*, 1º jun. 2011. Disponível em: [https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/06/110601\\_relatorio\\_drogas\\_rp](https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/06/110601_relatorio_drogas_rp). Acesso em: 25 ago. 2023..

<sup>8</sup> *Idem*.

sua vez, ações que mitiguem o sofrimento de suas vítimas. É importante nos determos um pouco mais nessa discussão.

Em *Vigiar e punir* (2008), Michel Foucault nos apresenta os mecanismos de poder, examinando-os a partir da ideia de disciplina e de sua anátomo-política, com seus investimentos políticos nos corpos. Ele elabora uma descrição histórica do uso das prisões enquanto instrumentos racionais empregados, ao longo do século XVIII, no controle da criminalidade. Essas técnicas racionalizadas de punição viriam a substituir as práticas punitivas peculiares às sociedades de soberania, agora consideradas cruéis e desumanas. A punição foi, paulatinamente, mudando de forma e se convertendo em práticas utilitárias aplicadas sobre o corpo infrator. Foucault nomeia esse exercício do poder de poder disciplinar, mais bem definido como uma técnica de assujeitamento que estabelece novas formas de articulação entre punição e sociedade, pois é capaz de atravessar as engrenagens de todo tipo de aparelho institucional com o fim de assegurar complexos processos de normalização.

Suas estratégias garantem que corpos individuais sejam distribuídos e organizados adequadamente no espaço, impondo-lhes também meios punitivos (notadamente o encarceramento) para adequá-los à sua lógica e assim potencializar e aprimorar sua utilidade. Além disso, a forma polimorfa do poder disciplinar vincula-se a saberes que atuam em campos múltiplos do conhecimento: ao analisar o caso da história das prisões, Foucault mostra como a manutenção histórica da pena de reclusão como resposta ao fenômeno do crime pouco se comunica com os fundamentos teóricos do direito penal: as forças estratégicas positivas do poder disciplinar atuam a partir de uma variedade de normas, regras produtoras de verdade determinadas por saberes que ditam os códigos de um espaço de normalização, proliferador de dicotomias categóricas de tipo normal-anormal. Assim, saberes médicos, criminológicos e psiquiátricos atuam conforme as forças do poder disciplinar tanto na justificativa para a manutenção das prisões como instrumento de vigilância do corpo social quanto na produção de discursos criadores do sujeito “delinquente”. Foucault resume esse processo: “a delinquência, com os agentes ocultos que proporcionam, mas também com a quadriculagem geral que autoriza, constitui um meio de vigilância perpétua da população: um aparelho que permite controlar, através dos próprios delinquentes, todo o campo social” (Anastacio, 2017, p. 40).

Vale destacar que Michel Foucault utiliza o termo “norma” de maneira ampla, o que extrapola seu caráter político-jurídico. Trata-se de uma regra geral de imposição de algo a uma coletividade de pessoas.

De uma forma mais geral ainda, pode-se dizer que o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outra é a “norma”. [...] A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar (Foucault, 1999, p. 215; 302).

É essencial acentuar que Foucault se distancia da crítica ideológica por entender que a ideologia está vinculada à ocultação ou ao mascaramento de uma verdade.

Uma das razões de ser da genealogia, ao contrário, reside na proposta de interpretar o modo como historicamente efeitos de verdade são produzidos no interior de práticas discursivas, e não importa se estas são em si mesmas necessariamente verdadeiras ou falsas, mas sim as forças que são capazes de produzir e aplicar sobre os sujeitos. Ademais, o exercício do poder não é essencialmente repressivo, pois antes incita, produz e atravessa todas as relações de força de um campo da vida; é sofrido e praticado tanto pelos dominados quanto pelos dominantes, sobretudo se considerarmos que a força afetada sempre resiste (Anastacio, 2017, p. 41).

Tanto em *Vigiar e punir* (2008) quanto em *A vontade de saber* (2001), Foucault realiza um desvelar de conjuntos de relações estratégicas de saber-poder empregadas no que ele chama de corpo social.

Ora, durante a segunda metade do século XVIII, eu creio que se vê aparecer algo de novo, que é outra tecnologia de poder, não disciplinar dessa feita. Uma tecnologia de poder que não exclui a primeira, que não exclui a técnica disciplinar, mas que a embute, que a integra, que a modifica parcialmente e que, sobretudo, vai utilizá-la implantando-se de certo modo nela [...] ela se dirige não ao homem-corpo, mas ao homem vivo, ao homem ser vivo [...] a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjuntos que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença etc. Logo, depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante o modo da individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas que é massificante, se vocês quiserem, que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie. Depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma “biopolítica” da espécie humana (Foucault, 1999, p. 205-206; 289).

Assim, a disciplina, ao encontrar o conceito de população, formulado no século XIX nos estudos de demografia, evidencia uma passagem de uma anátomo-política para uma biopolítica que almeja disciplinar, por meio do governo, populações.

Foucault trata o fenômeno das prisões e da sexualidade da mesma maneira? Se tanto a política das prisões quanto a política da sexualidade são analisadas pelo ponto de vista da interlocução entre práticas discursivas e não discursivas moldadas pelas forças do poder, por que a necessidade de introdução de uma nova noção, a de “biopolítica” em *A vontade de saber*, e posteriormente a de “governamentalidade”, exposta em seus cursos do final da década de 1970? Encontrar uma sugestão de resposta para essas questões revela-se tarefa importante para este trabalho, pois, como pretendemos mostrar, o caminho que Foucault percorre em sua interpretação das práticas de governo desemboca justamente na problemática da arte das relações de si e suas possibilidades de construção de subjetividades, o que o fez repensar de maneira radical sua primeira abordagem do problema do sexo como efeito de um dispositivo (Anastacio, 2017, p. 41).

O filósofo francês passou dos estudos das técnicas disciplinares para a biopolítica. Como bem lembra Judith Revel (2010, p. 208):

Governo dos indivíduos sob a forma da disciplina através de uma ortopedia social dos corpos, governo das populações sob a forma do controle através de uma medicina do corpo social: é, portanto, através deste duplo registro da governamentalidade que se configura, a partir de *Vigiar e punir*, a analítica do poder foucaultiano.

Tanto a ortopedia social quanto a medicina do corpo social são apresentadas por Foucault como técnicas que abordam toda uma multiplicidade de sujeitos, e isso aparece bem definido no primeiro volume de sua *História da sexualidade: a vontade de saber*:

Concretamente, esse poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVII em duas formas principais; elas não são antitéticas; elas constituem, de preferência, dois polos de desenvolvimento conectados por todo um feixe intermediário de relações. Um dos polos, o primeiro, a que parece, a ser formado, centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano. O segundo, que se formou um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população. As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida (Foucault, 2001).

O trecho anterior ilustra a primeira definição de biopolítica como algo que transcende a anátomo-política, mas preserva seu *modus operandi*, podendo inclusive serem consideradas complementares e reciprocamente necessárias

[...] suas funções definem o diagrama de relações de forças que se encadeiam, estabelecendo a repartição dos poderes de afetar e dos poderes que serão afetados, dos corpos que serão calculadamente controlados e das populações cujo inalcançável controle é preciso almejar (Anastacio, 2017, p. 42).

O poder disciplinar, que Foucault torna visível seu funcionamento, toma o corpo como matéria sobre a qual executa uma ação ou operação, ou seja, um objeto mecânico cujas potências devem ser reconhecidas em sua totalidade. Em suas próprias palavras: “[...] as técnicas pelas quais se incumbiam desses corpos tentavam aumentar-lhes a força útil através do exercício, do treinamento etc.” (Foucault, 1999, p. 205; 288). As técnicas disciplinares se interessam pelas potências sensíveis dos corpos, bem como suas transformações. “A disciplina já não é simplesmente uma arte de repartir os corpos, de extrair e acumular o seu tempo, mas de compor forças para obter um aparelho eficiente” (Foucault, 2008c, p. 166; 150).

O vigor útil dos corpos devia ser reconhecido e direcionado ao trabalho, pois o destinatário do poder disciplinar é um corpo que deve ser moldado e maximizado que, segundo Foucault, “[...] define uma nova economia de poder cujo princípio é o de que se deve ao mesmo tempo fazer que cresçam as forças sujeitadas e a força e a eficácia daquilo que as sujeita” (Foucault, 1999, p. 42).

O exercício do poder disciplinar demanda um constante esforço de reconhecimento e aprimoração para a fabricação técnica dos corpos individuais, de modo a

[...] aumentar as forças que compõem os jogos das disciplinas tendo em vista a ordenação e o melhor aproveitamento dos corpos dos sujeitos. Foi o nascimento e o desenvolvimento do poder disciplinar no interior das relações de poder, a partir da ampla utilização de aparelhos de controle social (o dispositivo polícia-prisão), que tornou possível a utilização eficiente dos corpos domesticados e organizados como potência para o trabalho (Anastacio, 2017, p. 43).

Assim, podemos definir o corpo-máquina como objeto das disciplinas e o corpo-espécie, objeto da biopolítica, definido por meio da biologia e de funções biológicas como espécie: “os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica e é necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade” (Foucault, 2005, p. 18).

Finalmente, podemos agora entender a biopolítica, conceito fundamental elaborado por Foucault como um modo de governar os indivíduos por meio de diversas tecnologias aplicadas sobre determinadas populações, que conta para isso com índices demográficos e projeções estatísticas diversas, como taxas de casamentos, divisão por sexo, faixa etária, taxas de natalidade, mortalidade e fecundidade.

A política de drogas no Brasil, como pretendo argumentar, segue padrões biopolíticos nos termos foucaultianos. Os documentos oficiais nos ajudam a entender a engrenagem que legitima as ações de governo sobre determinada política e nos dão notícias sobre as forças que se organizaram e contribuíram para sua elaboração, sempre atravessada por disputas de diversas naturezas.

A questão das drogas já foi objeto de inúmeros estudos, produzidos nos mais diversos campos do conhecimento e movidos por questões distintas que, em seu conjunto, acabam por destacar sua característica multifatorial (Olievenstein, 1984; Harner, 1972; Musto, 1987; Morgan, 1982; Masur; Carlini, 1993; Perlongher, 1987; Scheerer, 1993; Escotado, 1994; Vargas, 2001, 2005).

Diante dessa variedade de autores e abordagens, tomo por referências teóricas os trabalhos que consolidam conceitos e definições que nos auxiliam a explicar essa realidade a

partir da construção social de determinadas condutas, tais como o uso abusivo de drogas e os mecanismos que atendem e sustentam as relações de poder, que atravessam todas as relações. Assim, o poder de normatizar corpos, discipliná-los e mantê-los vivos e saudáveis para a exploração e garantir sua reprodução passa a ser um dos objetivos do Estado, através de suas técnicas de governo, que também vai criar dispositivos de intervenção e/ou contenção para os desviantes. Essa noção de poder, que se configura como exercício, e não como posse, se baseia nas instigantes reflexões de Michel Foucault, que sugere que o poder não está localizado em uma instituição, como algo possível de ser transmitido por contratos jurídicos ou políticos.

Ao longo de diferentes obras, Foucault empreendeu uma genealogia do poder que tornava evidente as formas que o poder assumiu em distintas formações históricas, o que lhe permitiu falar do poder pastoral, do poder soberano e do poder disciplinar, que nas sociedades modernas, capitalistas e industriais atuam na produção de corpos dóceis, adequados e maximizados para a produção, como se pode depreender de alguns de seus livros, como *Vigiar e punir* (2008), *Em defesa da sociedade* (1999), *O nascimento da biopolítica* (2008) e os quatro volumes de sua *História da sexualidade* (2001).

As reflexões de Michel Foucault são importantes porque nos permitem pensar a questão das drogas como um dispositivo, ou seja, um tema construído a partir da confluência de discursos produzidos por diferentes instituições que alegam deter a verdade sobre esse assunto. Em vez de dizer a verdade sobre as drogas, seguimos as pistas de Foucault para pensar como se configuram os regimes de verdade que definem os limites e as condições para as reflexões sobre o tema.

A despeito da relevância dos trabalhos disponíveis, ela parece trazer apenas um lado da história, que se expressa na voz dos profissionais e dos pesquisadores. Ou seja, muito se fala sobre o uso e os usuários, mas pouco sabemos sobre o que pensam os usuários.

Tibiriçá, Luchini<sup>1</sup> e Almeida (2019), por meio de uma pesquisa qualitativa exploratória em que utilizaram grupos focais para a coleta de dados na cidade de Divinópolis, Minas Gerais, entre os meses de agosto e novembro de 2017, promoveram uma interessante análise da percepção de usuários de álcool e outras drogas a respeito de seu tratamento em um Caps AD e também da inserção desses indivíduos na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), abordando nos grupos assuntos como tratamento, itinerários na rede assistencial e a relação com o sistema de saúde da cidade. Os autores concluíram que a Raps é fragmentada e fragilizada e que isso é um entrave para o tratamento do usuário, além de sobrecarregar os serviços especializados em saúde mental.



Inoue *et al.* (2019), em uma pesquisa qualitativa empreendida no Caps AD, ouviram 28 usuários de drogas, abordando suas perspectivas de futuro e suas percepções sobre a vida antes e durante o tratamento da dependência química. Esses relatos permitiram aos pesquisadores delinear três categorias: “O viver inautêntico: percepções de vida antes do tratamento”, “Reencontrando o caminho para o existir: percepções de vida durante o tratamento” e “Voltando a sonhar: perspectivas de futuro durante o tratamento”. Ficou evidente a necessidade de uma intervenção intersetorial que inclua tanto os serviços de saúde como outras instituições (Inoue *et al.*, 2019).

## 1.2 METODOLOGIA

Como já revelado anteriormente, atuei por 20 anos em políticas públicas voltadas para o atendimento de pessoas em situação de rua e que são usuárias de drogas, o que me possibilitou ter um conhecimento de todo esse processo. Visando aproveitar essa experiência para a elaboração de uma dissertação de mestrado, usei um método experimental chamado autoetnografia, que vem sendo explorado por alguns antropólogos afetados pelas críticas pós-modernas e pós-estruturalistas a respeito das etnografias tradicionais.

“Autoetnografia” vem do grego: *auto* (*self* = “em si mesmo”), *ethnos* (nação = no sentido de “um povo ou grupo de pertencimento”) e *grapho* (escrever = “a forma de construção da escrita”). Assim, já na mera pesquisa da sua origem, a palavra nos remete a um tipo de fazer específico por sua forma de proceder, ou seja, refere-se à maneira de construir um relato (“escrever”), sobre um grupo de pertença (“um povo”), a partir de “si mesmo” (da ótica daquele que escreve) (Santos, 2017).

Trata-se de um método que:

[...] se sustenta e se equilibra em um “modelo triádico” baseado em três orientações: a primeira seria uma orientação metodológica – cuja base é etnográfica e analítica; a segunda, por uma orientação cultural – cuja base é a interpretação: a) dos fatores vividos (a partir da memória), b) do aspecto relacional entre o pesquisador e os sujeitos (e objetos) da pesquisa e c) dos fenômenos sociais investigados; e por último, a orientação do conteúdo – cuja base é a autobiografia aliada a um caráter reflexivo. Isso evidencia que a reflexividade assume um papel muito importante no modelo de investigação autoetnográfico, haja vista que a reflexividade impõe a constante conscientização, avaliação e reavaliação feita pelo pesquisador da sua própria contribuição/influência/forma da pesquisa intersubjetiva e os resultados consequentes da sua investigação (Santos, 2017).

A prática da autoetnografia vem chamando a atenção dos cientistas sociais por oferecer a possibilidade de revisão dos supostos etnocêntricos e da inevitável relação sujeito-objeto que ela pressupõe, na qual os objetos não detêm o sentido de suas práticas, que devem ser então interpretadas por um sujeito externo, é o pesquisador que detém o sentido da sua

cultura e de seus interlocutores.<sup>9</sup> No que se refere a essa pesquisa, a prática da autoetnografia me permite focar as práticas em que me vi imersa nos últimos 20 anos, sendo essas vivências, e não a dos “meus” sujeitos objeto das minhas interpretações.

---

<sup>9</sup> Sobre autoetnografia, ver: ADAMS, T.; ELLIS, C.; JONES, S. *Autoethnography: understanding qualitative research series*. New York: Oxford University Press, 2015. ADAMS, T.; BOCHNER, A.; ELLIS, C. Autoethnography: an overview. *Historical Social Research*, v. 36, p. 273-290, 2011. ANDERSON, L. Analytic autoethnography. *Journal of Contemporary Ethnography*, v. 35, p. 373-395, 2006. ATKINSON, P. Rescuing autoethnography. *Journal of Contemporary Ethnography*, v. 35, n. 4, p. 400-404, 2006. BOCHNER, A.; ELLIS, C. Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. (orgs.). *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks: Sage, 2000. p. 733-768. CHANG, H. *Autoethnography as method*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 2008. CHOI, T-M. *Fast fashion systems: theories and applications*. London: CRC Press/Balkema and Taylor & Francis Group, 2014. COFFEY, A. *The ethnographic self: fieldwork and the representation of identity*. London: Sage, 1999. DELAMONT, S. Arguments against auto-ethnography. *Qualitative Researcher*, v. 4, p. 2-4, 2007. DOLORIERT, C.; SAMBROOK, S. Organisational autoethnography. *Journal of Organizational Ethnography*, v. 1, n. 1, p. 83-95, 2012. ELLIS, C. *The ethnographic I: a methodological novel about autoethnography*. Walnut Creek: AltaMira Press, 2004. ELLIS, C.; FLAHERTY, M. *Investigating subjectivity: research on lived experience*. Newbury Park, California: Sage Publications, 1992.

## 2 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL

A questão do uso problemático de substâncias psicoativas (SPA), as drogas, começou a fazer parte da preocupação de um governo no século XIX, na China, diante da situação de uso abusivo de ópio, introduzida entre os chineses no período de ouro da civilização islâmica, quando os árabes dominavam o comércio no Oceano Índico, recebendo, à época, o nome de *o-fu-yung*. “Durante cerca de 1.000 anos os chineses empregaram o ópio, basicamente para o controle da diarreia” (Duarte, 2005, p. 137).

Figura 1 – Usuário retribui a apresentação do Coral de Natal dos participantes do Projeto Percursos Formativos/MS, com número de mágica. Dezembro de 2014



Fonte: autora.

As preocupações com o uso abusivo vieram quando a prática começou a comprometer a saúde das pessoas, principalmente soldados, e as finanças, em razão do excesso de oferta a partir do contrabando feito pelos ingleses, através das fronteiras com a Índia, então colônia do Império Britânico. Iniciava-se a Guerra do Ópio, eclodida na metade do século XIX. Em uma recapitulação dessa história, Duarte destaca que:

O hábito de fumar ópio foi introduzido na China no século XVII. Contudo, somente na segunda metade do século XVIII a importação do ópio pela China foi expandida, inicialmente pelos portugueses, depois pelos franceses e finalmente pelos ingleses, quando a quantidade importada por esse país foi estimada em 10.000 toneladas, movimentando 20.000.000 de libras esterlinas. Obviamente, o hábito de fumar ópio foi estimulado, de forma inescrupulosa, pelos interessados num comércio tão compensador. Era natural, no entanto, que o Governo Chinês se preocupasse com os

efeitos resultantes dessa importação exagerada, fato que culminou com o edito publicado em 1800, que proibia a importação de ópio. Como parte do controle proposto, foi destruído um depósito de ópio pertencente à Companhia das Índias Ocidentais. Esse ato precipitou a “guerra do ópio” entre a Inglaterra e a China, sendo esta última derrotada. Com a celebração do Tratado de Nanquim, Hong-Kong foi cedido à Inglaterra e alguns portos foram abertos ao comércio europeu e norte-americano. Em 1858, ainda como consequência do Tratado de Nanquim, o comércio do ópio foi legalmente admitido (Duarte, 2005, p. 138).

Como se pode perceber, a proibição desse comércio impôs perdas para a balança comercial inglesa, que declarou a Primeira Guerra do Ópio, em 1841, extraindo vantagens como reparação, por meio do Tratado de Nanquim. Essas vantagens impediam, por exemplo, o controle de fluxo de mercadorias, mas, em 1857, oficiais chineses violaram o tratado e revistaram o navio inglês Arrow, provocando mais uma declaração de guerra, a Segunda Guerra do Ópio (Fernandes, 2023).

Essas duas guerras impuseram duras condições ao Império Celeste, através dos Tratados Iníquos, assunto que se tornou alvo de intensa atuação diplomática norte-americana. Os EUA buscavam oportunidades comerciais e estavam empenhados em difundir suas ideias proibicionistas, em franca ascensão no âmbito doméstico, que seriam o embrião, em nível internacional, de um regime de restrição, controle e criminalização de pessoas e grupos envolvidos na cadeia produtiva de drogas e, até mesmo, de países que porventura não cumpram o estabelecido nas Convenções das Nações Unidas sobre Controle de Drogas (Torcato, 2016).

A Convenção de 1961 foi internalizada pelo Decreto n. 54.216, de 24 de agosto de 1964, no caso do Brasil, passando a orientar as políticas públicas sobre a questão com forte viés repressivo, estimulando o medo, tanto das drogas, como dos usuários e, mais ainda, dos que produzem e comercializam, ou seja, os traficantes, figuras de destaque nos apelos por penas mais duras e até mesmo sua eliminação (Torcato, 2016). Cabe ressaltar que essa política tem características civilizatórias, fundadas na percepção de que pessoas que cultivavam certos hábitos, como beber ou usar outras drogas, além de comprometer a capacidade produtiva, tornavam-se perigosas, principalmente mexicanos, negros e chineses, revelando seu caráter racista e xenofóbico (Venturini; De Mattos; Oliveira, 2016).

Nos EUA, a guerra contra as drogas tem raízes ainda no início do século XX, fruto de uma demanda de parte da população estadunidense que:

[...] orientada por princípios morais e religiosos, exigiu de seus governos medidas que coibissem a cadeia de produção – desde a venda até o consumo – de algumas drogas e do álcool. Ainda que este tenha sido um fator importante, há muitos outros elementos que, no virar do século XX, transformaram um quadro de relativa liberdade e descentralização das cadeias internacionais de drogas para um outro, diametralmente oposto, de controle e proibição. Para isso, novas leis foram criadas

ao longo de todo o século XX, para atender à crescente demanda pela proibição. Substâncias que anteriormente não possuíam sequer regulamentação estatal passaram de forma gradual à categoria de drogas ilegais. O primeiro passo para isso foram as regulamentações de qualidade da produção, atingindo diretamente o consumidor final, que logo evoluíram para o quadro descrito acima, ao passo em que diversas destas substâncias foram colocadas sob controle exclusivo dos Estados, quase que imediatamente surgiria o mercado ilegal (Bragança; Guedes, 2018, p. 68).

Na década de 1970, o entendimento de que as drogas representam uma grave ameaça levou a uma declaração de guerra pelo governo Richard Nixon, mesmo diante das evidências de um estudo que afirmava o contrário. Alguns autores chegam inclusive a asseverar que se tratava de uma guerra contra a emergência da contracultura, que questionava os valores conservadores da sociedade da época. Segundo Torcato (2016, p. 323):

Os usos do LSD afetavam os valores religiosos em seu aspecto mais fundante, porém, além disso, carregavam consigo diferentes formas de sociabilidade, movidas pela música, pela arte, pelas trocas públicas de afeto que desafiavam os valores dominantes. De forma difusa várias bandeiras eram levantadas, como o retorno à vida rural, a crítica ao industrialismo, a defesa do meio ambiente, a construção de uma psiquiatria humana, entre outros. Escotado (2008, p. 879-880) caracteriza tal movimento como uma espécie de individualismo pagão que significava o abandono simultâneo de ideais burgueses e proletários, com especial atração sobre a juventude. O ápice desse movimento ocorreu no Woodstock Music & Art Fair em 1969. A vitória de Nixon e a famosa declaração de guerra às drogas, em 1971, se explicam pela reação da América branca, puritana e que se encontrava impotente frente ao avanço do movimento contracultural.

Os discursos antidrogas que passaram a circular eram similares à insistente afirmação de que temos, no Brasil, uma “epidemia de drogas”, mantra repetido há uma década pelos opositores das políticas em curso a partir da promulgação da Constituição de 1988, fundamentadas nos princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica, da RD e dos Direitos Humanos. Passada a era Nixon, foi Ronald Reagan quem insistiu na guerra às drogas que se estende até hoje.

A guerra foi instaurada, segundo discurso de Reagan, pela situação econômica dos EUA na época, aumento da pobreza e da desigualdade social. Segundo o documentário *A 13ª emenda*, com a existência de uma nova droga no país, o combate contra se intensificou, aumentando o número de policiais e as penas relacionadas à posse de drogas. Essas penas eram relativas não à quantidade portada, mas sim a qual droga estavam sobre posse. Assim, portadores de cocaína recebiam penas mais leves do que quem tinha posse de *crack*. Devido ao fato de ser mais barato, o centro de consumo de *crack* estava relacionado aos bairros periféricos, onde se residia a maior parte da população negra e hispânica. Em bairros de maior poder aquisitivo, áreas nobres da cidade, a concentração de drogas se referia à cocaína; diante disso, percebe-se que a população negra e hispânica cumpria maior tempo de encarceramento do que a população branca, o que se pode ainda observar atualmente, já que os EUA seguem com políticas a partir das mesmas premissas. Reagan juntou os problemas da desigualdade econômica, da

segregação das cidades estadunidenses e do suposto abuso de drogas e criminaliza, na prática, a população negra, latina e pobre através da guerra contra as drogas.<sup>10</sup>

Nos anos 1980, a declaração de guerra foi internacionalizada pelo governo de Ronald Reagan, através da National Security Decision Directive Number (NSDD) 221 de 1986, ampliando a ingerência da política externa dos EUA nas agendas nacionais e garantindo as atividades extraterritoriais das Forças Armadas em qualquer ponto do planeta considerada área sensível aos interesses norte-americanos. Atravessados por esse paradigma, guerra às drogas, torna-se relevante, no campo da saúde pública, mas não exclusivamente, pensar e propor novas e necessárias possibilidades de atender e cuidar de quem faz uso problemático de drogas, como a estratégia de RD, que foi implantada em Santos em 1989.

É do ano de 1989, na cidade de Santos, a primeira iniciativa formal brasileira voltada para a redução de danos, “frustrada por iniciativa judicial” que, a meu ver, interpretando de forma míope a Lei 6.368 de 1976, na medida em que considerou a prática de troca de seringas como uma ação incentivadora do consumo de drogas, sem considerar que, para além deste ato clínico, trocar seringas, os trabalhadores buscavam alcançar e estabelecer laços afetivos com as pessoas ‘invisíveis’, praticamente destituídas de todos os direitos, “lixos humanos matáveis”, sem qualquer possibilidade de acesso ao sistema público de saúde. Esta experiência deu lugar na Bahia, em 1995, através do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), atividade de Extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, a duas experiências muito próximas: o Programa de Redução de Danos do CETAD/UFBA, e o primeiro Consultório na Rua, no Brasil (Nery Filho, 2019, p. 5).

Essa política parece não ter sido bem compreendida mesmo entre aqueles que compartilhavam de nossas posições políticas. E é justamente nesse campo, o da política, que podemos observar a conveniência da manutenção de um regime proibicionista.

A primeira lei proibicionista instituída no Brasil data de 1830 e ficou conhecida como “Pito do Pango”.

[...] criada no contexto do Primeiro Império, na cidade do Rio de Janeiro, em um momento em que tal cidade abrigava a maior população preta escrava que se tinha notícia. As teorias racistas eugenistas associavam o uso da maconha às classes mais baixas e aos negros, o que se denominava “bandidagem em geral”. É curioso que, na mesma época, sejam cunhados de modo depreciativo e estigmatizante as expressões “macumbeiro” e “maconheiro”, consonante com o funcionamento da Inspeção de Entorpecentes, tóxicos e manifestações, que reprimia a um só tempo o uso da maconha, as práticas religiosas de matriz africana e afro-indígena, além do samba e da capoeira (David; Marques; Silva, 2019, p. 41).

De acordo com os autores citados, trata-se de um “proibicionismo à brasileira”, inevitavelmente poluído pelo racismo institucional.

---

<sup>10</sup> GUEDES, J. C. C. S.; CARVALHO, É. R. *Influência das políticas estadunidenses de guerras às drogas nas políticas brasileiras de combate ao narcotráfico*. 2020. Trabalho de Conclusão (Graduação em Direito) – Universidade Católica de Salvador, Salvador, 2020. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/1619/1/TCCJANAINAGUEDES.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

Durante o início do século XX, houve a instituição de um aparato jurídico institucional que objetivava o controle do uso e comércio de determinados psicoativos. Observa-se, nesse período, a importância dos discursos e da articulação política da classe médica para a implementação do proibicionismo às drogas no Brasil, cujo marco mais relevante é a Lei n. 4.294 de 14 de julho de 1921. Essa lei, seguindo uma tendência mundial, em especial a política estadunidense, pretendia ampliar o controle público sobre o álcool, substância mais difundida socialmente. De forma tangencial, apenas, incluía controles sobre as substâncias que tinham maior difusão entre as elites, como a cocaína e a morfina, por exemplo, os denominados “vícios sociais elegantes” (Pernambuco-Filho; Botelho, 1924; Machado; Miranda, 2007; Torcato, 2012). Nesse contexto, as leis de proibição às drogas estavam ligadas a uma questão racial e à forma como deveria se formar o povo brasileiro. O projeto médico de saneamento social representava uma alternativa percebida como viável a uma imagem negativa da mestiçagem (David; Marques; Silva, 2019, p. 41).

O proibicionismo torna oportuna a máxima exploração das variáveis que derivam desse sistema, como encarceramento em massa, criminalização da pobreza, internações compulsórias, medicalização, exclusão, violência policial ostensiva, corrupção e um mercado midiático que instala o temor, banaliza a violência e assegura uma opinião pública favorável às violações dos direitos humanos em nome da ordem e da segurança pública.

Alvarenga, Silveira e Teixeira (2018, p. 124) enfatizam a ineficácia da lógica repressiva que acaba por intensificar a violência, o encarceramento e outras violações aos direitos humanos. Segundo eles:

Ao analisar a perspectiva da política internacional de drogas e suas implicações no país, assim como os retrocessos da gestão atual, será possível demonstrar não apenas a necessidade de atualização da política de drogas, considerando as violações de direitos humanos que decorrem de uma política bélica de eliminação de substâncias e tipificação de inimigos, como, também, a urgência de um atendimento psicossocial ancorado na defesa dos direitos humanos e da dignidade da vida.

Acrescente-se a lavagem de dinheiro, realizada pelo sistema financeiro, ávido por liquidez, em tempos de grandes fluxos de capitais. A filósofa norte-americana Angela Davis tem alertado de diversas formas para uma desconfortável continuação entre a escravidão e o encarceramento, uma vez que a maioria dos encarcerados nos EUA são homens e mulheres negros. Segundo a autora:

A racialização do crime – a tendência a “imputar crime à cor”, para usar as palavras de Frederick Douglass – não diminuiu conforme o país foi se livrando da escravidão. Uma prova de que o crime continua a ser imputado à cor está nas muitas evocações de “perfil racial” em nosso tempo. É fato que é possível se tornar alvo da polícia por nenhuma outra razão além da cor da pele. Departamentos de polícia em grandes áreas urbanas admitiram a existência de procedimentos formais destinados a maximizar o número de afro-americanos e latinos detidos – mesmo na ausência de causa provável (Davis, 2018, p. 32-33).

Na obra *Estarão as prisões obsoletas?* (2018), Angela Davis empreende uma análise histórica sobre a prática do encarceramento em massa nos EUA e revela que o sistema prisional se baseia em políticas repressivas de segurança e que tem o lucro como primazia. O livro se inicia com uma reflexão sobre a expansão das prisões nos EUA nas décadas de 1980 e 1990 e das reformas conduziram a privatização do sistema prisional. As unidades prisionais, para Davis, não passam de instituições de controle para conter comportamentos “indesejáveis”.

A prisão funciona ideologicamente como um local abstrato no qual os indesejáveis são depositados, livrando-nos da responsabilidade de pensar sobre as verdadeiras questões que afligem essas comunidades das quais os prisioneiros são oriundos em números tão desproporcionais.

[...] A prisão se tornou um buraco negro no qual são depositados os detritos do capitalismo contemporâneo. O encarceramento em massa gera lucros enquanto devora a riqueza social, tendendo, dessa forma, a reproduzir justamente as condições que levam as pessoas à prisão. Há, assim, conexões reais e muitas vezes complexas entre a desindustrialização da economia – processo que chegou ao auge na década de 1980 – e o aumento do encarceramento em massa, que também começou a se acelerar durante a Era Reagan-Bush (Davis, 2018, p. 16-18).

E grande parte das pessoas são presas por questões relacionadas ao uso ou venda de drogas. Aqui no Brasil, a realidade parece não ser muito diferente:

Além da superlotação dos presídios e os recursos destinados ao sistema carcerário, é necessário considerar que existe um investimento significativo na indústria de controle do crime, sem, contudo, atender às diretrizes do Programa Nacional de Direitos Humanos (Brasil, 2010) vigente, quanto à necessária modernização e democratização do sistema de justiça e segurança pública. De outra face, o que se observa é a residual implementação de políticas sociais para a provisão integralizada e universal de serviços básicos essenciais de assistência social, saúde e educação, a partir das diretrizes da universalidade, da interdependência e da indivisibilidade dos direitos. Não é por acaso que os índices de violência no Brasil estão entre os 10 mais altos do mundo, chegando a quase 30 assassinatos por 100 mil habitantes. Segundo dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2018), em 2013 ocorreram 55.847 mortes violentas intencionais; já em 2016, este número passou para 61.283, o que representa uma taxa de 30 mortes em 100 mil habitantes. Apesar dos avanços na construção do Sistema Nacional de Direitos Humanos quanto à previsão de diretrizes que visam a modernização e democratização da Segurança Pública, com penas alternativas e práticas restaurativas, o que se presencia na atualidade é o aprofundamento do Estado penal e policial (Alvarenga; Silveira; Teixeira, 2018, p. 125).

Nesse caso, o proibicionismo é um paradigma que permite aprofundar o Estado policial, tão necessário ao neoliberalismo, que produz profundas desigualdades e desagregação social e, portanto, precisa de uma política pública que atenda à necessidade de segurança, ou seja, uma política pública penal que detenha, contenha ou até mesmo elimine os elementos que não aceitem a normatização de seus corpos ou condutas.



## 2.1 AS DISPUTAS POR UM MODELO ASSISTENCIAL

Como já acentuado, a questão do uso e abuso de drogas sempre inquietou a sociedade, especialmente uma sociedade que prega e deseja a sobriedade, mesmo que historicamente tenha buscado experiências de alteração dos sentidos, por motivos tão diversos quanto diversa é a natureza humana nos diversos quadrantes do planeta.

Pensar e executar políticas públicas como um direito de todos tem sido um grande desafio diante das disputas políticas sobre o modelo assistencial, para quem e por quanto tempo, assim como o orçamento correspondente. Essas disputas são duramente travadas entre grupos e indivíduos, que representam interesses nem sempre convergentes com o interesse público, reduzindo, em muitos casos, a questão à sua dimensão monetária, ou seja, quem fica com a maior parte dos recursos. Essa é uma das frentes que podemos definir como uma “guerra”, em que determinados atores estão sempre prontos para o combate.

Dos escombros da Segunda Guerra Mundial, sobretudo na Europa, vão surgir diversos projetos de reconstrução, que envolvem a reconstrução de cidades inteiras, os cuidados aos feridos, o socorro aos desabrigados, o fornecimento de alimentação, a restauração das redes de energia, água e transporte, entre tantas outras necessidades imperativas de proteção e promoção das vidas.

Horror e esperança. Eram estes os sentimentos paradoxais que governavam boa parte dos espíritos nos anos que se seguiram ao término da Segunda Guerra Mundial, em 1945. Ao final do conflito, diante das pilhas de corpos esquálidos nos campos de concentração nazistas, das cidades totalmente arrasadas por bombardeios que duraram noites inteiras, semanas a fio, e da imagem aterradora daqueles cogumelos atômicos sobre o Japão, ninguém mais duvidaria de quanta degradação humana, dor, morte e destruição os regimes políticos, os exércitos e suas tecnologias bélicas seriam capazes de realizar. [...] Havia ainda outras certezas nos anos que se seguiram ao término da Segunda Guerra Mundial. As crises econômicas e político-sociais que antecederam à eclosão do conflito militar de 1939-1945, e que são mencionadas entre as suas principais causas, precisavam ser evitadas a todo custo no futuro. Para tanto, os Estados nacionais e seus governos deveriam mobilizar-se para promover o crescimento de suas economias e, ao mesmo tempo, intervir na dinâmica das sociedades de modo a, simultaneamente, realizar as mudanças consideradas necessárias e prevenir a emergência de desequilíbrios e conflitos que pudessem ameaçar a estabilidade dos sistemas sociais. Naqueles tempos, sem dúvida, eram muito poucos os que acreditavam que tudo pudesse ser resolvido pela via dos mercados de capitais, mercadorias e trabalho.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A. Saúde e Desenvolvimento: A Agenda do Pós-guerra. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (org.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2010. Disponível em: [https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap\\_5.pdf](https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap_5.pdf). Acesso em: 25 ago. 2023.

Evidentemente, não podemos esquecer das tensões político-ideológicas que atravessavam as decisões nesse grande projeto de reconstrução e como repercutiram no mundo todo, no que conhecemos como Estado de bem-estar social, com uma série de providências nas áreas da saúde e da educação, entre outros serviços assistenciais públicos, como habitação e previdência social. Essas tensões dividiram o mundo em blocos, comunista/capitalista, inaugurando outra “guerra”, a Guerra Fria, num longo período de paz, que poderíamos definir como paz “quente”, haja vista os inúmeros conflitos regionais que eclodiram em todo o mundo, apoiados pelos grandes contendores da Guerra Fria, EUA e a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, ou União Soviética.

Nos países capitalistas centrais, esta nova atenção com as questões econômicas e, sobretudo, sociais era resultado da crescente preocupação com um possível – para alguns iminente – avanço dos movimentos operários e dos partidos socialistas. A União Soviética (URSS) havia saído do conflito como uma das nações vitoriosas e seu regime parecia dar mostras de vitalidade e capacidade de se converter em um exemplo concreto de como tornar realidade os sonhos daqueles que ansiavam formas de organização social mais justas e igualitárias. Para as elites de todo o mundo, principalmente as norte-americanas e europeias, era um pesadelo. Este conflito entre dois sistemas, entre capitalismo e socialismo, e entre os EUA e a URSS como nações hegemônicas, terminaria por dominar completamente a cena internacional. Assim, os esperados anos de paz que se seguiram ao final do conflito mundial logo foram substituídos pela chamada Guerra Fria.<sup>12</sup>

Em relação à guerra às drogas, esses dois contendores se alinharam, adotando o proibicionismo e colocando a política de drogas como caso de polícia, para proteger as pessoas de seus malefícios. O resultado, como sabemos, é uma guerra sem quartel, que ceifa a vida de milhares de pessoas e encarcera outros milhares, sem que isso signifique qualquer redução na atividade da cadeia produtiva de drogas, a saber, produção, comercialização e consumo.

Sabemos também que essa cadeia atende à voracidade por liquidez do sistema financeiro internacional e fomenta diversas atividades ilícitas em escala transnacional, assim como busca participar ativamente da vida política dos países. Por operar na clandestinidade, sem qualquer controle, a repressão policial atua pela manutenção da interdição. Sobre a repressão, é notório que autoridades e agentes públicos são facilmente cooptados e constituem a rede de proteção dos operadores do negócio. Esses “benefícios”, obviamente,

---

<sup>12</sup> PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A. Saúde e Desenvolvimento: A Agenda do Pós-guerra. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (org.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2010. Disponível em: [https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap\\_5.pdf](https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap_5.pdf). Acesso em: 25 ago. 2023.

não se estendem à arraia-miúda, que luta as cadeias e, quando não, morre nos combates com as forças da lei ou em disputas territoriais. Segundo Orlando Zaccone, são “vidas matáveis”.

Nesse contexto, deve-se acentuar as palavras do filósofo camaronês Achille Mbembe:

A própria guerra é alimentada pelo crescimento das vendas dos produtos extraídos. Consequentemente, novas relações surgem entre a guerra, as máquinas de guerra e a extração de recursos. Máquinas de guerra estão implicadas na constituição de economias locais ou regionais altamente transnacionais. Na maioria dos lugares, o colapso das instituições políticas formais sob a pressão da violência tende a conduzir à formação de economias de milícia. Máquinas de guerra (nesse caso, milícias ou movimentos rebeldes) tornam-se rapidamente mecanismos predadores extremamente organizados, que taxam os territórios e as populações que os ocupam e se baseiam numa variedade de redes transnacionais e diásporas que os proveem com apoio material e financeiro (Mbembe, 2020, p. 57-58).

Instituído há mais de cem anos, a partir da Conferência de Xangai, em 1909, o regime internacional de controle de drogas tornou-se um dos mais insidiosos nas relações internacionais por sua capilaridade, constituído através de uma legislação internacional, com cerca de 190 signatários, com poder de ingerência em políticas nacionais. Assim, toda e qualquer tentativa de flexibilizar, seja descriminalizando, legalizando ou reordenando para o campo da saúde, é imediatamente questionada, com possibilidades até mesmo de aplicação de sanções.

Contudo, o consenso internacional de proibição e guerra às drogas foi abalado pelos resultados que refutam sua validade. Os dados mundiais sobre produção, comercialização e consumo não indicam diminuição da atividade, quando muito, uma estabilidade no nível de apreensão. Em compensação, sobram dados sobre violações de direitos, corrupção, encarceramento, agravos à saúde, mortes e até mesmo ameaças à democracia (Alvarenga; Silveira; Teixeira, 2018).

É nesse cenário conturbado que somos convocados a pensar e executar políticas públicas que deem conta de mitigar o sofrimento a que são submetidos indivíduos e/ou grupos ou países que foram definidos como narcoestados.

No caso brasileiro, historicamente alinhado à guerra às drogas, romper a lógica da repressão e transitar para a lógica da proteção e do cuidado fica no mesmo patamar da transição da ditadura para a democracia, ou seja, não conseguimos consolidar a transição de um Estado de exceção para um Estado de proteção social, até pelo curto tempo de retorno à democracia. <sup>13</sup>Afinal, o que são trinta anos diante de 500 anos de construção sistemática de

---

<sup>13</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas*: Guia AD. Brasília, 2015.

desigualdade, em que a narrativa da guerra, do “inimigo”, da “ameaça”, da “destruição da família”, da “loucura” e do “perigo” ecoa numa sociedade acostumada a cultivar a violência?

Pensar, propor, discutir, argumentar e disputar orçamento para a execução de uma política que envolva determinados segmentos da sociedade, historicamente excluídos, é uma disputa ferrenha, porque traz novas perspectivas éticas e estéticas e, conseqüentemente, questiona o modelo vigente. Daí se parte para a outra frente, implantar e executar essa política, o que inquieta aliados e adversários, os usuários e seus familiares.

## 2.2 COMBATE ÀS DROGAS E A CRIMINALIZAÇÃO DO USUÁRIO

No Brasil, como bem se sabe, os direitos das pessoas usuárias de drogas são rotineiramente violados, o que acarreta a diminuição da coesão e o aumento da coerção social.

A coesão social pressupõe que exista, entre as pessoas, um sentido de que pertença a um espaço comum ou o grau de consenso dos integrantes/membros de uma comunidade. Dessa forma, podemos entender a coesão social como a dialética entre os mecanismos de inclusão e exclusão social e nas respostas da vida em sociedade. [...] “Coerção” tem origem na palavra em latim “*coercio*”. Significa a ação de reprimir ou refrear, repressão ou ainda castigo. Dessa forma, podemos entender a coerção social como a pressão e/ou repressão que a sociedade exerce sobre o indivíduo, manifestada por meio das leis e das normas sociais. Essas normas não necessariamente estão traduzidas em documentos legais, mas podem estar inseridas de forma simbólica na organização, na cultura e na estrutura da sociedade na qual convivemos. As conseqüências da coerção social são violências, doenças, marginalização, degradação ambiental e diminuição do crescimento econômico-social.<sup>14</sup>

Os avanços e retrocessos das orientações políticas, bem como os mecanismos legais para reduzir a coerção social e aumentar a coesão social estão permanentemente em disputa.

Neste contexto, o tratamento deve ser construído a partir da linha de cuidado com os usuários e familiares, partindo do pressuposto da complexidade da realidade, o que torna impossível apostar em uma saída única, padronizada e isolada. Devemos valorizar as demandas dos usuários na sua singularidade e implicando-os na construção de estratégias que fortaleçam a contratualidade na relação com os serviços e os territórios.<sup>15</sup>

Todavia, executar uma política orientada por esses princípios no cotidiano, na relação com os diversos atores e serviços, não era fácil, havia muitas incertezas e resistências. Embora muitas evidências comprovem ser possível e necessário cuidar dos usuários de

---

<sup>14</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas*: Guia AD. Brasília, 2015.

<sup>15</sup> *Idem*.

drogas nessa perspectiva, o estigma que afeta essa população dominava, como ainda domina, o imaginário dos agentes, os agentes públicos, que colocavam uma série de obstáculos à sua inclusão no sistema.

A cobrança do documento, comprovante de residência, a marcação de horários incompatíveis com a dinâmica de vida desse público, por exemplo, marcar oficina de origami às 7:00 para alcoolistas, ou consultas às 7:00 para profissionais do sexo. A flexibilização do projeto terapêutico era sempre entendida como indutora de indisciplina, como se os serviços fossem instituições correcionais e, portanto, se organizavam para cumprir essa tarefa. O objetivo era disciplinar aqueles que mentem, manipulam, ocultam informações, não cumprem regras ou horários, faltam a alguma consulta, grupo ou atividade e acabam “recaindo”. A expressão mais emblemática nesse momento era “ele/ela não bancou o tratamento”.

Outro recurso, diante da conduta desafiadora de alguns usuários, era a chamada “alta administrativa”, que mais prejudicou do que corrigiu, pois, em muitos casos, a pessoa não voltava, o que causava o abandono do cuidado e o agravamento de seu quadro. Obviamente, sempre ficava evidente a construção do “fracasso terapêutico” sobre aquele que não pôde ser “recuperado”. Algo parecido ao que Michel Foucault chamou de “delinquência útil”, porque está fora do que o sistema oferta, disciplinar, treinar, normalizar, sabendo-se que a maioria não conseguirá acompanhar o ritmo dessa sociedade punitiva.

### 2.3 A DITADURA E O IMAGINÁRIO DA GUERRA FRIA – A AMEAÇA COMUNISTA

A despeito de todo o discurso médico-jurídico-religioso sobre o uso de drogas, não podemos deixar de falar sobre como o regime militar alinhou a narrativa “subversivo” “usuário de drogas” e “comunista” “traficante”. A então recém-promulgada Convenção Única para Entorpecentes, de 1961, trouxe ganho de oportunidade para a estratégia de contenção colocada em curso na América Latina pelos EUA, que participou das atividades de desestabilização e mudanças de regime, através de golpes militares, dentro da estratégia de contenção da ameaça comunista. No Brasil, a conexão “tóxico-subversão” passou a fazer parte da formação dos agentes do então Serviço Nacional de Inteligência (SNI) na luta contra o comunismo.

Como sabemos, perseguição, prisão, exílio, tortura e morte dos “inimigos internos” faziam parte do “esforço de guerra” e é nessa lógica que a política de drogas opera, mesmo depois da redemocratização, o que revela a força coerciva do campo moral, que domina essa agenda. É importante dizer que mesmo os usuários são atravessados por essa força e chegam

aos serviços pedindo internação e medicalização. Abolimos o uso de camisas de força, embora saibamos que em alguns lugares ela é utilizada, porém os psicotrópicos entram na contenção, funcionam como amarras psíquicas. Quando nos deparamos com as internações compulsórias e os tratamentos dispensados aos usuários, que nessa modalidade tornam-se réus, seja em comunidades terapêuticas, clínicas de recuperação ou hospitais psiquiátricos, segundo as diversas denúncias levantadas recentemente pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio de inúmeras fiscalizações, temos a constatação de graves violações dos direitos dos usuários sob sua responsabilidade. Os manicômios, como toda instituição total, também fizeram parte da rede de repressão para confinamento de atores políticos, considerados subversivos, com muitos profissionais participando das sessões de tortura. Entre os instrumentos mais temidos, por exemplo, estava o eletrochoque, largamente utilizado.

Podemos identificar a elasticidade da estratégia, que nos transporta para a recente guerra ao terror, com mais uma expressão que tenta conectar as atividades do tráfico internacional às atividades terroristas ou mesmo insurgentes, criando o narcoterrorismo.

### 3 CONSULTÓRIO NA RUA: PARA QUEM?

#### 3.1 O MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ

O município de Santo André faz parte da região conhecida como Grande ABC, além de sete municípios da região metropolitana de São Paulo, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, como se pode observar na figura a seguir.

Figura 2 – Mapa do Grande ABC



Disponível em: <https://www3.santoandre.sp.gov.br/portaldoempreendedor/wp-content/uploads/2021/04/abc-mapa.jpg>. Acesso em: 25 ago. 2023.

O Grande ABC tornou-se importante polo industrial já na década de 1950, quando passou a abrigar um moderno conjunto produtivo que tinha como carros-chefes os setores automobilístico, petroquímico e químico, como afirmam Almeida, Ancassuerd, Nakano (2007). Numa tentativa de reorganização dos setores visando à superação da crise econômica, na década de 1990, os sete municípios fundaram uma associação civil, o Consórcio Intermunicipal do Grande ABC, para articular as políticas públicas setoriais. Outras iniciativas também foram criadas:

Com o objetivo de integrar poder público e sociedade civil, em 1997 foi criada a Câmara do Grande ABC, que é composta pelos governos municipais, governo do Estado, os 7 presidentes da Câmara dos Vereadores, deputados estaduais e federais da região, Fórum da Cidadania, representantes do setor empresarial e sindicato dos trabalhadores. Este conselho é deliberativo e se reúne uma vez ao mês por áreas

temáticas para analisar propostas de desenvolvimento da região e uma vez ao ano para assinar acordos regionais.<sup>16</sup>

Contudo, o desenvolvimento dos municípios vem ocorrendo de forma diferente, o que pode ser percebido em diferentes concentrações de riqueza e de desenvolvimento social, como aponta o Consórcio do ABC.<sup>17</sup>

De acordo com dados do IBGE (2010), Santo André abriga uma população de 673.396 habitantes e apresenta bons indicadores sociais e econômicos<sup>18</sup>, ao passo que os índices relacionados à violência e ao desemprego são, respectivamente 0,792 e 0,209, sendo as maiores problemáticas enfrentadas e foco das preocupações dos jovens.

Desde o início da década de 1990, foram contabilizadas mais de uma centena de projetos voltados ao segmento juvenil, na região do grande ABC, mais da metade concentrados em Santo André e São Caetano. Em 1997, houve uma sinalização no cenário político de maior compromisso com os problemas da juventude, com a aprovação da lei n. 7.469/97 para cumprir a função de instância assessora e executora de ações voltadas à diversidade do mundo juvenil, porém essa assessoria ocupou várias secretarias até ser extinta, em 2004 (Lachtin, 2010, p. 37).

A prefeitura do município efetuou, sob orientação do IBGE, uma divisão territorial em 43 áreas, chamadas de Rede (Regiões de Dados Estatísticos). Trata-se de um recorte do território em distritos menores para uma leitura intramunicipal dos resultados do censo demográfico.

A partir da análise de 57 variáveis sociais e econômicas selecionadas do Censo Demográfico de 2000, relativos aos jovens de 15 a 24 anos de Santo André, Yonekura *et al.* (2010) dividiram as Redes, de acordo com as semelhanças significativas apresentadas, obtendo 4 grupos sociais denominados: Central (C) Quase Central (QC), Quase Periférico (QP) e periférico (P) (Lachtin, 2010, p. 37).

Esses dados nos ajudam a entender o contexto sociodemográfico do município de Santo André, que é o foco de minha pesquisa.

---

<sup>16</sup> SÃO PAULO (Estado). *Protocolo de intenções*. [s.d.]. Disponível em: <https://www.consorcioabc.sp.gov.br/public/admin/globalarq/cria/documento-auxiliar/3e2a7fb3d0b5b9fdf5bde1fad0493e80.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

<sup>17</sup> *Idem*.

<sup>18</sup> O município de Santo André apresenta um IDH de 0,835 e grau 1 no índice de responsabilidade dos municípios paulistas. Vale ressaltar que os indicadores de exclusão social formulados por Pochmann *et al.* (2005) apresentam uma baixa proporção de desigualdade (0,816), pobreza (0,816) e analfabetismo (0,921).



### 3.1.2 A Rede de Atenção Psicossocial de Santo André – Raps

Ao chegar a Santo André, em outubro de 1999, para assumir vaga de concurso como educadora social no Programa Andrezinho Cidadão, executado pela Secretaria da Cidadania e Ação Social, encontrei uma cidade que estava sob a segunda gestão do prefeito Celso Daniel, do Partido dos Trabalhadores, e que já dispunha de uma Raps em expansão, aprofundando os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, num momento em que a discussão sobre a saúde mental estava bastante viva.

Meu primeiro contato no município foi com o Naps DQ (Dependência Química), que inicialmente atendia crianças e adolescente em situação de rua, com uso problemático de álcool e outras drogas, que eram encaminhadas pelo Andrezinho Cidadão, um programa de atenção e proteção dessa população, articulado com diversas secretarias, funcionando 24h. Nosso trabalho consistia em circular por vários pontos da cidade onde pudesse haver concentração dessa população: faróis, praças, prédios ou casas abandonadas, baixos de viadutos e portas de comércio. Por conta dessa atividade, aprimoramos nosso conhecimento sobre o território, o que se revelou de grande utilidade para a atuação da RD.

Em 2002, trabalhei como redutora de danos, a partir da aprovação em edital do Ministério da Saúde, no Centro de Convivência É de Lei, com o projeto “Nem Patroa, Nem Patrão. Sexo só com proteção”. Tal projeto tinha como objetivo trabalhar com um grupo de 160 prostitutas que atuavam num prédio, no centro de São Paulo, na perspectiva de prevenção de DST/Aids e RD para o uso problemático de álcool e outras drogas. A oportunidade de iniciar nossa trajetória na RD, sobre a qual já tínhamos conhecimento por meio de matérias na imprensa, veio a partir de nossa experiência anterior, em Belém do Pará, como o Grupo de Mulheres Prostitutas do Centro de Belém, hoje Grupo de Mulheres Prostitutas do Estado do Pará, o Gempac, fundado em 1990 e ativo até o momento atual.

A atuação dessas mulheres vem desde os anos de 1970. Contudo, o Gempac foi criado na década de 1990, por Lourdes Barreto, prostituta que sempre foi referência para as mulheres trabalhadoras do sexo, que atuavam e atuam na Área Central do Comércio de Belém. Surgiu pela necessidade de superar preconceitos e a discriminação contra as trabalhadoras sexuais, bem como para lhes dar visibilidade enquanto cidadãs, fortalecimento e empoderamento de suas atividades. O grupo é membro e fundador da Rede Brasileira de Prostitutas (RBP), além de ser referência na Região Amazônica de ação e participação política. Desenvolve suas atividades por meio de três linhas de atuação: organização e saúde preventiva; combate à exploração; e geração de renda. Entre as tarefas produzidas estão ações direcionadas à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, hepatites virais e Aids, além da defesa dos direitos sexuais e dos direitos humanos. O Gempac cria assim uma força necessária que promove uma maior visibilidade às mulheres prostitutas (Oliveira *et al.*, 2019, p. 1-2).

Ainda em 2002, durante a realização do “Seminário Nacional de Redução de Danos: outras estratégias são possíveis”, entre outubro/novembro, fui convidada pela psiquiatra Dra. Eliane Lima Guerra Nunes, então coordenadora do Naps AD de Santo André, antigo Naps DQ, para fazer a supervisão de campo da RD, que estava sendo instituída em Santo André, no âmbito do projeto “Urb-al – Redução de Danos em Mulheres Dependentes Químicas”, que ela também coordenava. Esse convite se deu a partir da conjunção de minhas atividades como educadora social plantonista e redutora de danos, com um bom conhecimento do território e da estratégia em questão.

Nesse período, tive um contato mais profundo com a política de saúde mental, que avançava, conquistando a implementação do primeiro Naps AD 24h do Brasil e a execução da unidade de RD de Santo André, primeiro município do ABC a iniciar as atividades dessa estratégia. Porém, diante de minha discordância com a coordenação do programa a respeito da RD, fui removida para a Secretaria de Saúde, desenvolvendo minhas atividades de supervisora de campo no plano de trabalho da coordenação de saúde mental.

Como já destacado anteriormente, a discussão sobre política de saúde mental estava viva e ativa, ampliando a Raps de base comunitária. Santo André tinha, em 2006, o Naps Álcool e Outras Drogas, o Caps Infantojuvenil, um núcleo de projetos especiais e duas residências terapêuticas, mais a Associação José Martins de Araújo Júnior, que representava usuários e familiares. Posteriormente, os núcleos passariam a ser chamados de Centros de Atenção Psicossocial, os Caps (Henna *et al.*, 2008). O Naps AD de Santo André funcionava pelas normas de um Naps AD II, mas já atuava com uma equipe ampliada para trabalhar 24h.

Além da instituição de novos serviços e execução dos já existentes, o município investiu em formação, por meio da realização de eventos com a participação de trabalhadores, familiares e usuários, sempre apostando na troca de saberes e aquisição de novos conhecimentos que pudessem instalar na rede novas possibilidades terapêuticas.

Referências vitais da reforma psiquiátrica e da RD eram frequentes nesses eventos, como Paulo Amarante, Fernanda Nicácio, Suzana Robortella, Domiciano Siqueira, Roberto Tykanori, Pedro Gabriel Delgado, Andréa Domanico, Gastão Wagner, Ana Pitta, Emerson Merhy, entre tantos outros. Dos diversos eventos, destaco alguns que considero importantes porque dialogam diretamente com meu percurso profissional e militante.

No campo da política de drogas, Santo André passou a sediar, desde abril de 2003, a Conferência Internacional de Redução de Danos, em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), que ia resultar na participação de Santo André no Projeto “Global TREATNET – Rede Internacional de Tratamento, Centros de Pesquisa e

Reabilitação da Dependência de Drogas”, do qual participei como ouvinte e palestrante, e a Rede Projeto URB-AL, um programa de cooperação internacional da Comissão Europeia.

Em abril de 2004, em parceria com a Coordenação Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, a OAB de Santo André e a Universidade do Grande ABC (hoje extinta) e a Associação de Volta para Casa, foi realizado o 1º Encontro Nacional de Caps AD, cujo relatório final foi publicado em *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* (2003).

Seguindo a linha de avançar com a discussão do tema, Santo André apostou na ampliação do debate, envolvendo outros municípios da região e, em junho de 2007, realizou o 1º Encontro Regional de Políticas Públicas para o Campo das Substâncias Psicoativas do Grande ABC, em parceria com o Consórcio Intermunicipal Grande ABC. Esses eventos buscavam fomentar a participação de diversas instituições e atores para aproximar, articular e fortalecer parcerias fundamentais para a capilaridade da rede assistencial no município, dado que não é possível garantir a equidade sem a articulação intersetorial.

A minha percepção foi se articulando com a de uma sociedade, digamos, recém-saída da ditadura, por ocasião da Assembleia Nacional Constituinte, então em curso. Diante dos ecos de possíveis avanços que estavam em pauta, a reação social tomou a forma de manifestações cheias de ódio e preconceitos. Nos anos em que a assembleia estava em curso, com a grande mídia divulgando as discussões, um colega de trabalho me perguntou: “Rosário, se tu fosses empresária, tu ias empregar mulheres?”. A questão era sobre a licença-maternidade, percebida quase como uma afronta, e abria-se um debate quente e, lógico, irracional contra um direito fundamental.

Outra questão recorrente, mesmo entre a classe trabalhadora, era: “agora qualquer vagabundo vai ter direito à saúde?”. Havia várias outras inquietações numa sociedade viciada em exclusão, agravada pela ditadura civil-militar. Eu entendia que era algo natural, era um processo de transição de um Estado de exceção para um Estado de proteção social, com a garantia de direitos básicos historicamente negados.

A alteração de minha percepção sobre o fenômeno do uso de drogas ocorreu a partir das leituras do antropólogo Carlos Castañeda sobre suas experiências no deserto de Sonora, entre EUA e México, conduzidas pelo mestre Don Juan Matus. Seu primeiro livro, *A erva do diabo* (1968), foi resultado de sua dissertação de mestrado, virou um *best-seller* entre a juventude da contracultura, mas também foi acusado de atrair os jovens para o mundo do crime e das drogas.

Nada mais atual do que a retórica do levante conservador, pautado no proibicionismo, para justificar a manutenção de uma política fundamentada na criminalização, e também não podemos desconsiderar o caráter profundamente desagregador das políticas repressivas. Essa característica das políticas repressivas coloca em xeque a coesão social, fragmenta a luta por políticas públicas compatíveis com um Estado democrático de direitos e gera retrocessos, inclusive ameaça mudar o regime, ou seja, tem foco nos extremos: “não use, se usar, pare”.

Evidentemente, não podemos desconsiderar o alinhamento narrativo da mídia hegemônica, que produz e reproduz cotidianamente o mantra proibicionista, de forte apelo alarmista, incluindo os programas policiais que fazem da guerra às drogas uma pauta com elevados níveis de audiência, nos quais a percepção de segurança é abalada pelo “flagelo das drogas”, “os zumbis”, “os noias” e o temível traficante, o inimigo a ser detido ou abatido.

O combate ao crime, com armamento de guerra, cumpre a tarefa de manter em alta uma cultura militar e beligerante, transformada em espetáculo e legitimada como a resposta à altura do perigo que representa o tráfico de drogas e seus atores, no escopo de uma “política criminal com derramamento de sangue”, como bem analisou o advogado Nilo Batista, ex-secretário da Polícia Civil do Rio de Janeiro no governo de Leonel Brizola, em seu brilhante artigo, publicado em 1997. Absolutamente atual e verificável nos incontáveis casos de violência policial, que resulta da morte dos “suspeitos, os “autos de resistência”, instrumento jurídico criado por uma ordem de serviço de 1969 da polícia judiciária do extinto estado da Guanabara, mas alterada em 1974 pela Secretaria de Segurança Pública, que estabelecia que o policial não poderia ser preso, tampouco indiciado, por morte durante um confronto, em sintonia com a ordem política vigente, mas que seguiria amparado “legalmente” mesmo depois da redemocratização. Podemos afirmar que, infelizmente, a ideia sobre o “inimigo interno”, como uma ameaça permanente a ser combatida e até mesmo eliminada, ainda é muito presente no imaginário social e ajuda a manter um estado de guerra permanente.

Essa cultura belicista é claramente alinhada com os princípios da política externa norte-americana, cuja doutrina define a América do Sul como território sensível aos seus “interesses nacionais”. Obviamente, essa doutrina teve uma adição importante, que ampliou essa percepção, como o corolário Roosevelt, que assegurava aos EUA o direito exclusivo de intervenção na América Latina. Logo, as convenções, internalizadas por decretos presidenciais integralmente, passaram a constituir o arcabouço jurídico, tornando-se instrumentos que legitimam qualquer intervenção caso o país signatário resolva flexibilizar ou alterar a legislação.

### 3.2 CONSULTÓRIO NA RUA

Surgiu no início de 1999 na cidade de Salvador (BA), implementado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad), uma instituição criada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mais especificamente, o projeto foi idealizado pelo professor Antônio Nery Filho no início dos anos 1990 visando amparar crianças em situação de rua e uso de drogas. O projeto resultou de uma parceria entre a UFBA e a Prefeitura Municipal de Salvador.

Em maio de 2004 o Consultório na Rua foi implantado no primeiro Caps AD de Salvador, seguindo até dezembro de 2006. Tanto o Cetad, de natureza ambulatorial, quanto o Caps AD, caracterizado como um espaço de permanência diária, permitem uma avaliação do funcionamento do Consultório na Rua na arquitetura da rede institucional de serviços para usuários de álcool e outras drogas. O trabalho articulado com o Caps AD demonstrou que a retaguarda do Consultório na Rua favorece o fluxo de encaminhamento e a inserção na rede dos usuários mais comprometidos com o uso e em situação de maior vulnerabilidade social. Como experiência inaugural, o primeiro Consultório na Rua de Salvador foi desenvolvido a partir das premissas desenhadas no seu projeto original. À medida que a prática foi acontecendo, ele foi sendo ajustado, sem perder suas características essenciais. As especificidades da população e os contextos do trabalho, com características tão especiais, foram determinando mudanças que levaram à forma mais adequada de a equipe operacionalizar seu funcionamento e, deste modo, também ao melhor atendimento às demandas e necessidades dos usuários. Assim, a composição multidisciplinar da equipe foi assumindo nova configuração, até se encontrar o conjunto de categorias profissionais que possibilitasse mais resolutividade das demandas e maior conforto para a equipe no seu modo de atuar.<sup>19</sup>

De acordo com Oliveira (2009), a avaliação da experiência ocorrida entre 1999 até 2006 apontou para a relevância desse dispositivo para a abordagem e para o atendimento de usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social, que escapam ao modelo tradicional dos serviços da rede.

Deste modo, em 2009 o Ministério da Saúde propõe o Consultório na Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde – Pead, sendo incluída também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas através de ações de rua. A experiência do Consultório na Rua de Salvador serve, nesse momento, de referência para os novos projetos, consolidando, cada vez mais, o seu lugar na rede de atenção para os usuários de álcool e outras drogas que vivem nas áreas de maior risco social nos espaços urbanos.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, 2010b.

<sup>20</sup> *Idem*.

O grande número de jovens em situação de rua e usuários de drogas socialmente vulnerabilizados, expostos a riscos de saúde física e psíquica, não é exclusivo de Salvador; muito pelo contrário, essa situação parece se repetir em diversas cidades brasileiras.

Era notável a ausência de demanda para atendimento especializado de uma grande parcela destes usuários, que dificilmente procurava o Cetad/UFBA, um centro de referência para tratamento dos problemas decorrentes do consumo de psicoativos na cidade. No final da década de noventa, a cidade passou por um grande estímulo para o turismo, e a reforma do Pelourinho no Centro Histórico de Salvador marcou este momento. Esse espaço no centro da cidade, ao ganhar vida nova com a restauração dos casarios centenários, atraiu a visitação pública de inúmeros turistas. Crianças e adolescentes em situação de rua também foram atraídos para o local, em busca de contatos e possibilidades de ganhar dinheiro com a mendicância em torno dos transeuntes que visitavam o lugar. A grande movimentação dia e noite mantinha os meninos no local e em outros pontos de fluxo turístico da capital.<sup>21</sup>

O uso abusivo de drogas se tornou constitutivo das experiências desses jovens, situação que se tornaria mais grave com a chegada do *crack*, que aumentou a preocupação dos operadores da assistência social da Prefeitura de Salvador com o uso compulsivo da droga.

A Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social do município buscou uma forma mais adequada de solucionar o problema das crianças, sem a alternativa de retirada compulsória dessa população. A partir deste contexto histórico foi feita uma parceria com o Cetad/UFBA, com a disponibilização de recursos que puseram em prática o Consultório na Rua, na tentativa de uma aproximação e abordagem mais flexível e adequada a este público específico.<sup>22</sup>

Os CR do SUS podem ser entendidos como um tipo de atendimento extramuros voltado aos usuários de drogas em condições de maior vulnerabilidade social e que não são alcançados pela rede de serviços de saúde e intersetorial disponíveis.

São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania. Sua estrutura de funcionamento conta com uma equipe volante mínima com formação multidisciplinar constituída por profissionais da saúde mental, da atenção básica, de pelo menos um profissional da assistência social, sendo estes: médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais. Além desses, eventualmente, poderá contar comicineiros que possam, estrategicamente, desenvolver atividades de arte-expressão.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, 2010b.

<sup>22</sup> *Idem*.

<sup>23</sup> *Idem*.

O CR, para seu pleno funcionamento, tem algumas demandas específicas, como a necessidade de uma *van* para os eventuais deslocamentos dos profissionais e dos materiais utilizados em suas ações.

O carro, além de transportar a equipe e os insumos, tem a função de se constituir como referência para os usuários. Para isso, a caracterização do veículo deve conter sua identificação institucional, com o nome Consultório na Rua – SUS marcando a presença do serviço público de saúde. É interessante também que seu “layout” esteja de acordo com a linguagem do público que deverá acessar – usuários jovens de substâncias psicoativas em situação de maior vulnerabilidade. Há veículos de Consultórios de Rua que foram grafitados ou que portam adesivos de símbolos contendo alguma significação para este segmento jovem. A ideia é [oferecer] à clientela traços de identificação com o dispositivo e promover a construção de um vínculo desde o primeiro momento. O carro é um dos elementos que podem contribuir para a aproximação inicial e a construção do Consultório na Rua como um referencial para os cuidados com a saúde.<sup>24</sup>

Deve-se definir um ponto fixo para a instalação dos CR nas áreas de atuação previamente definidas, mesmo que a população-alvo seja flutuante.

É necessário que se estabeleça um local, dia e hora para os encontros, mantendo-se a regularidade da presença da equipe de forma constante, de modo a criar uma referência e tornar os contatos mais acessíveis para os usuários. Um aspecto de grande relevância do Consultório na Rua é exatamente ser uma proposta de clínica na rua, especializada para o atendimento de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas.<sup>25</sup>

A oferta programada implica promover esse atendimento mesmo quando ainda não haja uma demanda configurada.

Não havendo as condições prévias estabelecidas, tudo está por se fazer. De modo que o lugar do profissional é construído a partir do momento em que se coloca no contexto do trabalho, assim como o lugar do Consultório na Rua. Diferentemente do trabalho dentro de uma instituição, quando é o usuário que busca o serviço e cujas condições de atendimento já estão dadas, com toda a ambiência ajudando a compor o setting terapêutico, incluindo o lugar que o profissional ocupa na organização do serviço, na rua esses “lugares” precisam ser construídos a partir do trabalho e da posição em que os profissionais se colocam para os usuários. No seu posicionamento, a equipe deve explicitar o propósito da presença do Consultório na Rua e quais as características do seu trabalho, diferenciando-o de outras ações desenvolvidas na rua, como ações de cunho caritativo. Assim, gradativamente, vai-se demarcando o lugar do Consultório na Rua enquanto um dispositivo do campo da saúde.<sup>26</sup>

Apresentam-se a seguir as diretrizes do CR<sup>27</sup>:

---

<sup>24</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, 2010b.

<sup>25</sup> *Idem*.

<sup>26</sup> *Idem*.

<sup>27</sup> *Idem*.

- Constituir-se como dispositivos públicos componentes da rede de atenção integral em álcool e outras drogas, que ofereçam ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua a usuários com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.
- Priorizar o direito ao tratamento de qualidade a todo usuário de álcool e outras drogas, ofertado pela rede de serviços públicos de saúde, assegurando o acesso a ações e serviços compatíveis com as demandas dos usuários.
- Promover ações que enfrentem as diversas formas de vulnerabilidade e risco, especialmente em crianças, adolescentes e jovens.
- Ter como eixo político o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma.
- Atuar a partir do reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e dos padrões de consumo, levando em consideração a estreita relação entre a dinâmica social e os processos de adoecimento.
- Assegurar o cuidado no território, na perspectiva da integralidade, do trabalho em redes, garantido uma atenção diversificada aos usuários de álcool e outras drogas.
- Priorizar as ações dirigidas a crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade, haja vista a iniciação cada vez mais precoce do consumo de substâncias psicoativas e as graves repercussões do seu uso no desenvolvimento psicossocial dos jovens.
- Considerar a rede social de relacionamento da população-alvo, como fatores de agravamento ou redução das condições de vulnerabilidade, isto é, levar em conta fatores de risco e de proteção em cada contexto.
- Incentivar o trabalho de natureza interdisciplinar e enfoque intersetorial, considerando a complexidade que envolve os contextos de vida da população que vive em situação de rua, e a necessidade de ações de atenção integral aos usuários de psicoativos com tais características.
- Manter articulação permanente da rede de saúde e intersetorial visando à sensibilização dos serviços e profissionais da rede para o acolhimento com qualidade aos usuários de drogas em situação de rua.
- Garantir o alinhamento com as diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas, do Plano Integrado de Enfrentamento do Crack, da Política Nacional de Saúde Mental, da Política Nacional de DST/Aids, da Política de Humanização e da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

### 3.3 CONSULTÓRIO NA RUA: PRINCÍPIOS NORTEADORES

A universalidade de acesso à saúde é, como já afirmado, um dos princípios do SUS, mas é também um dos eixos éticos que orientam o CR.

Ao acolher um segmento populacional em situação de exclusão social, que se autoexclui ou que é excluída da rede de serviços, o objetivo é intervir inserindo esses usuários na rede SUS e conceder-lhes o direito à saúde pública, funcionando como porta de entrada no sistema de saúde. A integralidade da atenção é assegurada



pela multidisciplinaridade da equipe, que com seus olhares e saberes plurais pode acolher as demandas de ordem física, psíquica e social dos usuários.<sup>28</sup>

A população atendida pelo CR é constituída de pessoas com históricos de vida precário e com conseqüentes dificuldade de acessar e serem alcançadas pela rede formal, acumulando, por isso, diversos problemas de saúde e questões pessoais e sociais complexas.

A sobreposição de problemas acumulados vai potencializar os riscos à saúde psicossocial destes indivíduos, de maneira que a oferta de ajuda do Consultório na Rua busca reduzir os danos em diferentes vertentes, favorecendo a melhoria da qualidade de vida. A equidade, outro princípio do SUS, que visa assegurar “mais aos que têm menos”, busca dar prioridade de atenção aos grupos que vivem em contextos socioeconômicos mais desfavoráveis e, por isso, com as piores condições de saúde geral. O Consultório na Rua se caracteriza como uma oferta programada na perspectiva da integralidade da saúde a um dos segmentos mais fragilizados da sociedade, atendendo assim de forma equânime estes indivíduos.<sup>29</sup>

Outra questão a ser considerada é o modo de vida da população-alvo, que, em hipótese alguma, deve passar pelo julgamento ou censura moral dos atendentes.

O papel dos profissionais é exatamente o de acessar um segmento que muitas vezes está à margem da rede de saúde e social por temer o estigma e a rejeição. A aceitação de cada um destes usuários enquanto sujeitos e o respeito ao lugar que ocupam na escala social confere ao Consultório na Rua a possibilidade de construção de um vínculo de confiança, base sobre a qual se desenvolverá o trabalho.<sup>30</sup>

No CR, a RD é a principal estratégia utilizada, o que implica respeitar o tempo e a escolha dos usuários dedicados ao consumo de drogas, buscando, porém, reduzir os danos sem postular condições rígidas de tratamento.

Seu propósito é oferecer ao segmento de usuários de substâncias psicoativas em situação de maior vulnerabilidade a disponibilização de recursos para os cuidados básicos de saúde, atendendo-os em seus locais de permanência e encaminhando as demandas mais complexas para a rede de saúde. Nesse sentido, uma das suas funções é atuar como uma ponte para a população que está à margem do sistema de saúde e possibilitar sua inserção na rede. Inicialmente pensada como uma estratégia dirigida apenas ao segmento de crianças e adolescentes em situação de rua, ela foi ampliada a outras faixas etárias nas mesmas condições sociais, sem perder a priorização do público infantojuvenil. O perfil de pessoa “em situação de rua” engloba todos aqueles que passam grande parte do tempo no espaço público, mantendo vínculos precários com a família ou aqueles que tomaram o espaço da rua como local de moradia, visto que muitas vezes a passagem de uma condição a outra é decorrente de uma gradativa desvinculação que vai se processando pouco a pouco ao longo de meses e anos.<sup>31</sup>

---

<sup>28</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, 2010b.

<sup>29</sup> *Idem*.

<sup>30</sup> *Idem*.

<sup>31</sup> *Idem*.

O CR precisa de uma equipe mínima para atuar fora das instituições tradicionais de assistência a usuários de drogas, por meio de ações de prevenção e cuidados de saúde que considerem os problemas, os hábitos e as condutas de risco dos usuários.

A equipe mínima, formada por profissionais de diversos campos disciplinares, permite uma oferta de serviço na perspectiva da integralidade, buscando atender aos indivíduos em suas queixas, necessidades e demandas no âmbito biopsicossocial. Para isso procura construir uma aproximação cuidadosa no sentido de adequar as ações a serem desenvolvidas, priorizando a abordagem a partir do estabelecimento de vínculos de confiança, na busca de constituir uma interlocução singular com os usuários. Nesse sentido, a tecnologia essencial do trabalho é construída a partir da relação que a equipe mantém com cada indivíduo na rua, privilegiando a particularidade de cada um. Os profissionais realizam uma escuta sensível sobre a situação atual e as histórias de vida dos usuários, ajudando-os a refletir e tentar encontrar caminhos alternativos de acordo com seus desejos.<sup>32</sup>

A população atendida pelo CR, no tocante às instituições de saúde tradicionais, já traz um histórico de situações de rejeição, estigma e falta de acolhimento, o que causa um distanciamento dos serviços formais.

O Consultório na Rua apresenta uma proposta que procura ultrapassar essa barreira, a começar pelo fato de os profissionais se dirigirem a essa população em seu próprio espaço de vida, e abrir um campo de fala, ampliando a capacidade de subjetivação dos usuários, considerando a realidade de vida desses sujeitos. Apesar de, muitas vezes, nos primeiros momentos a equipe ser recebida com certa desconfiança por alguns usuários, aos poucos, a regularidade da presença, a percepção da atenção qualificada e acolhedora dos profissionais vão abrindo as possibilidades de construção de um vínculo de confiança.<sup>33</sup>

Após essa fase, é a própria população que passa a solicitar ajuda da equipe cuidados, saindo da situação de total abandono. A apresentação da proposta e dos profissionais deve ser entendida como um promotor de tais demandas.

Por fim, o CR tem por objetivo promover consultas e orientações, além de propiciar oficinas de educação em saúde e encaminhamentos das demandas não atendidas localmente para o SUS, tais como as ações de prevenção de doenças infectocontagiosas e outros cuidados de problemas já existentes.

---

<sup>32</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, 2010b.

<sup>33</sup> *Idem*.

### 3.4 MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ: POR QUE SE TORNOU REFERÊNCIA?

Em abril de 2015, a página virtual da Universidade Metodista de São Paulo trazia algumas informações interessantes para os habitantes de Santo André, principalmente aqueles em situação de vulnerabilidade social e usuários de drogas:

A Prefeitura de Santo André lança no mês de abril o Programa de Braços Abertos, que visa reforçar as medidas de combate às drogas e ao consumo de álcool já existentes na cidade. As ações do projeto são similares às já efetuadas na capital de São Paulo. O tratamento, que não tem prazo de duração, pretende atender até 28 usuários com o foco na reinserção social e no mercado de trabalho. Serão realizadas atividades que auxiliam o beneficiário sobre as questões de moradia, qualificação profissional, além de projetos ligados a esporte, cultura e lazer.<sup>34</sup>

Na mesma matéria, a educadora social Kátia Beraldi afirmava não existir cura para o dependente químico.

Após o primeiro contato com a droga, o sistema nervoso central não será o mesmo. “É preciso se atentar até aos alimentos, por exemplo, um bolo que contenha álcool, ou uma salada com vinagre, quando degustado pelo paciente pode desencadear uma recaída”.<sup>35</sup>

A matéria prossegue informando que Santo André seria o segundo município brasileiro, e primeiro do ABC, a aderir ao programa “Crack, é possível vencer”, que envolve um conjunto de ações do governo federal para enfrentar o *crack* e outras drogas.

O custo está avaliado em R\$ 874.280. Em torno de R\$ 700 mil, cedidos pelo Governo Federal, via Senad (Secretaria Nacional de Política sobre Drogas), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, e R\$ 174.280 do município. A divulgação e os critérios para escolher os beneficiários estão sendo discutidos. Eles serão apresentados assim que definidos, durante as atividades comemorativas do aniversário da cidade, que ocorrem em todo mês de abril. Além das iniciativas públicas, a cidade conta com as ONGs para o combate às drogas, em que o paciente é isento de qualquer cobrança pelo tratamento. A ONG Desafio Jovem Santo André é uma delas. Lá o paciente passa por um processo de desintoxicação que dura um mês, depois recebe acompanhamento psicológico, psiquiátrico, laborterápico, e conta com a presença ativa da família durante o processo de recuperação e inserção social, que pode durar até um ano.<sup>36</sup>

A psicóloga Daniela Bezerra Lima, que já atuava há dez anos numa ONG chamada Desafio Jovem de Santo André, também foi entrevistada para a matéria. Ela diz que “[...] o período de um ano é fundamental para a maioria dos usuários se inserirem aos poucos na

<sup>34</sup> PREFEITURA de Santo André reforça combate às drogas com novo projeto: cidade será a segunda do país a aderir ao programa do Governo Federal. *Metodista*, 2015. Disponível em: <http://www.metodista.br/rroonline/noticias/saude/2015/04/prefeitura-de-santo-andre-reforca-combate-as-drogas-com-novo-projeto>. Acesso em: 22 fev. 2023.

<sup>35</sup> *Idem*.

<sup>36</sup> *Idem*.

sociedade” e que “a questão financeira e familiar acaba sendo determinante para o sucesso ao final do tratamento”.

O município também desenvolve outros trabalhos de inclusão social com o objetivo de juntar forças no combate às drogas. Entre eles estão o POP Rua e o Consultório na Rua, serviços nos quais o dependente químico em situação de rua é abordado e recebe a oferta de tratamento. Além disso, o usuário pode procurar ajuda em centros especializados como o Naps AD (Núcleo de Atenção Psicossocial) Álcool e Drogas, Caps (Centros de Atenção Psicossocial). Com essas medidas cerca de 320 pessoas são atendidas mensalmente.<sup>37</sup>

Matérias como essa, publicadas em páginas da internet ou em periódicos de circulação local, nos ajudam a entender o protagonismo da cidade de Santo André em questões relacionadas à assistência de pessoas usuárias de drogas. Neste trabalho, apresentaremos um pouco dessa história.

---

<sup>37</sup> PREFEITURA de Santo André reforça combate às drogas com novo projeto: cidade será a segunda do país a aderir ao programa do Governo Federal. *Metodista*, 2015. Disponível em: <http://www.metodista.br/rroline/noticias/saude/2015/04/prefeitura-de-santo-andre-reforca-combate-as-drogas-com-novo-projeto>. Acesso em: 22 fev. 2023.

#### 4 A IMPLANTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA DE SANTO ANDRÉ

O município já tinha uma experiência consolidada desde 2002, com a unidade de RD, que já atendia populações em situação de vulnerabilidade, com foco no grupo de usuários de drogas e prevenção das DST/Aids. Esse serviço era mantido com recursos do Tesouro Municipal e foi implantado na gestão de João Avamileno, vice-prefeito, que assumiu a prefeitura após o assassinato de Celso Daniel.

Em 2013, com o retorno do Partido dos Trabalhadores à gestão municipal e de muitos integrantes de gestões passadas, como no caso da Saúde Mental, com uma trajetória consolidada de luta antimanicomial, de RD e com um histórico de atendimento a essas populações, foi natural caminharmos para a adesão ao Plano Crack é Possível Vencer, em alinhamento às diretrizes do governo federal, mas também por reconhecer a importância de termos um serviço desse porte, compondo a rede de cuidados.

Figura 3 – Carro devidamente identificado, em conformidade com o Manual de Visualização do Ministério da Saúde. Foto tirada no Largo Três de Maio. Setembro de 2013



Fonte: autora.

Assim, a gestão assumiu o compromisso de expandir a rede assistencial, intersetorial, articulando os diversos níveis de atenção, além de provocar o debate sobre um projeto civilizatório que se opunha às pressões políticas por adesão a um modelo baseado na repressão, na criminalização e na punição dos usuários, em desacordo com um Estado democrático de direitos.

Sobre os avanços nas políticas públicas, cabe assinalar um marco que instaurou as possibilidades para a instituição e implementação dos serviços que asseguravam direitos consagrados na Constituição, mas não apenas isso; a trajetória de lutas e resistência do Partido dos Trabalhadores na construção de uma agenda progressista, que acolhe e amplia direitos, foi vital para os avanços que conhecemos hoje.

A intervenção da Casa de Saúde Anchieta, conduzida pelo psiquiatra Roberto Tykanori Kinoshita, foi essencial para a luta da reforma psiquiátrica, e na época foram verificadas diversas violações de direitos dos internos. Santos, na gestão da prefeita Telma de Souza, do Partido dos Trabalhadores, entre 1989 e 1992, conhecia vários avanços civilizatórios, e foi a primeira cidade brasileira a criar um núcleo de atendimento a pessoas infectadas pelo HIV, o Centro de Referência em Aids (Craids).

Conhecida por ser a cidade que abriga o maior complexo portuário da América Latina, Santos chegou a receber a alcunha de “capital nacional da Aids” por ter o maior número de casos. Foi em meio a esse cenário que, em 1989, o médico epidemiologista Fábio Mesquita implantou a estratégia de RD, inspirado nos programas que estavam em curso na Europa, a partir da mobilização de usuários de drogas, particularmente na modalidade injetável, que ao compartilhar seringas acabavam infectados pelo HIV e outras doenças infecciosas. Os programas reivindicavam suporte do governo para prevenção através de troca de seringas, dispensação de preservativos e apoio dos serviços de saúde aos usuários.

Essa iniciativa, entretanto, provocou a reação do Ministério Público do Estado de São Paulo, que, com base na Lei de Drogas de 1976, que estipulava pena de três a quinze anos de prisão e pagamento de multa para quem “induz, instiga ou auxilia alguém a usar entorpecente ou substância que determine dependência física ou psíquica”, entendeu a estratégia como “apologia do uso de drogas” e moveu ação contra a prefeita, o secretário municipal de saúde, o médico sanitário David Capistrano e o médico Fábio Mesquita, que coordenava a política de enfrentamento contra a Aids.

É essa, digamos, escola, que sobe a serra e orienta as políticas nesse campo em Santo André, iniciando na primeira gestão de Celso Daniel e prosseguindo em suas direções seguintes. Por ocasião de seu assassinato, em 2002, ao assumir a prefeitura, seu vice João

Avamileno manteve a agenda e foi em sua gestão que a RD chegou a Santo André, mas não sem sobressaltos. Alguns setores do próprio governo duvidavam dos avanços e buscavam desqualificar tais ações, afirmando que eram como inócuas, que não traziam resultados efetivos.

A título de exemplo, cita-se um episódio envolvendo um grupo de adolescentes que ficavam num dos faróis da cidade, que era uma rotatória, que circundava a Praça Monte Cristo, dia e noite pedindo dinheiro aos motoristas. O que conseguiam rapidamente era gasto na biqueira mais próxima, o que tornava o contato muito difícil. Essa situação me fez pensar numa estratégia que pudesse dar liga. Observando suas condições físicas, como emagrecimento, desidratação, lábios ressecados, dentes estragados e muita fissura, afinal, o *crack* movia a rotina daquelas pessoas como um carrossel: elas pediam, dormiam, acordavam, usavam e chapavam. O que seria possível naquela cena? Aqui, considero oportuno registrar que as definições “campo” e “cenas” fizeram parte de uma construção sobre os territórios onde se concentravam pessoas em situação de rua para morar, viver, conviver e compartilhar, sem recorrer à estigmatizante cracolândia. É em campo que acessamos a realidade, no contato direto com situações, práticas, pessoas, grupos, linguagem, cenários e seus atores. É lá que podemos aprender a nos situar, a saber conversar, interagir e construir vínculos que possam contribuir para pactuações baseadas em cumplicidade e reciprocidade, sem o intuito de ser o outro, mas que consiga compreender a cultura de cada território a partir do ponto de vista de quem ali vive. Assim, pesquisando possibilidades para aquele pequeno grupo, tive a ideia de montar um *kit* contendo alguns itens que, talvez, despertassem o interesse dos garotos, tais como água de coco e mineral, barra de cereais, sachê de mel, barra de chocolate, protetores labiais e preservativos.

Em seguida, apresentei a proposta à coordenação, justificando a iniciativa, e tivemos um retorno positivo para a aquisição dos insumos para os *kits*. Houve uma discussão a respeito da distribuição e, surpreendentemente, os integrantes da equipe levantaram questionamentos sobre sua validade, argumentando que, como eles eram “menores” em situação de rua pedindo no farol, talvez vendessem os insumos para comprar drogas, o que me levou a ponderar sobre nossa dificuldade de pensar e executar ações que propiciem algum bem-estar e acolhimento a essas pessoas, atravessados que estamos pela cultura proibicionista e repressiva.

A prática de uso de substâncias interditas é vista como crime e para criminosos não é legítimo pensar em ações de proteção e/ou cuidado, respeitando o desejo de permanecer no local, mesmo em condições de vulnerabilidade, que não eram apenas o frio, a sede e a fome,

mas, sobretudo, a violência, uma constante na vida nas ruas, a “vida nua”, definição elaborada por Agamben em seu livro *Estado de exceção* (2004), resultado da exclusão que a produz e, ao mesmo tempo, detém o direito de aniquilá-la.

Chegado o dia de estar no local, diante da oferta dos *kits*, a equipe foi surpreendida pela receptividade dos garotos. Depois de explicarmos porque estávamos ali com aquela ação, eles entenderam quase que imediatamente a proposta e se colocaram à disposição para conversar, o que durou aproximadamente duas horas. Cito, especialmente, o caso de um adolescente muito arredio, que me chamou de canto para dizer que notou que há muito tempo eu ia ao farol e ele nunca quis conversar, mas naquela noite ele disse: “é como se eu juntasse os pedacinhos aqui dentro de mim, tia”. No domingo seguinte seria seu aniversário e ele perguntou se eu o levaria a casa de uma tia, que era mais mãe dele que sua genitora, para ele recomençar uma nova etapa, e seu pedido foi atendido.

Outro adolescente perguntou se eu podia levá-lo para visitar a mãe, que morava em Diadema há algum tempo. Aproveitei para perguntar por que ele preferia ficar ali, e ele respondeu, “aqui é mais bonito que a minha casa, tem até flor”. Sim, era uma nesga de terreno, espremido entre o asfalto e um muro, que tinha uma depressão no pé do muro, onde eles se abrigavam e ficavam ocultos. A parte visível era plana e tinha calçamento com mesas e bancos de cimento. A faixa de terra era ajardinada com lírios amarelos e amarantos, que naquela época estavam em florescência. Quando num fim de semana consegui levá-lo para ver sua mãe, entrando na casa, sem janela e com esgoto aberto passando pela sala, ele a abraçou, me olhou e disse, “não falei que lá é mais bonito?”. A partir dessas pequenas ações, fomos construindo possibilidades de manejos modestos, mas que fizessem sentido em suas vidas. Aos poucos, o número de adolescentes foi diminuindo nessa rotatória.

Uma questão fundamental com essa população é o pacto cumprido, como uma condição para reafirmar a importância dessas pessoas, que acumulam perdas, não apenas materiais, mas, sobretudo, a perda da autoestima.

Essa experiência rendeu alguns resultados positivos em relação a esse grupo, como evitar dormir ao relento. Eles buscavam abrigo na comunidade próxima, frequentavam a instituição de convivência, onde podiam tomar banho, café da manhã, participar de atividades lúdicas, esportivas e almoçar. Mas eis que, então, numa reunião de gabinete, segundo minha coordenação na época, a iniciativa foi atacada por outros integrantes do governo, dizendo que era um absurdo. Eles relataram que em uma ação policial no farol os adolescentes tinham sido detidos, levados para uma delegacia e revistados e os agentes encontraram a sacolinha com os itens e os garotos falaram quem tinha oferecido a eles. Incrivelmente, nessa reunião,



alguém definiu o material como “*kit crack*” e que seu fornecimento contribuía para a permanência dos adolescentes no farol, assim como os ajudava a comprar drogas.

Evidentemente, a coordenação sustentou a iniciativa. Indagada sobre a definição, argumentei que o *kit* nem cachimbo tinha e a tentativa de desqualificar a ação tinha como objetivo manter os adolescentes sem cuidado por serem usuários de drogas, tratando-os como criminosos e negando direitos constitucionais e estatutários, além de desvalidar princípios da reforma psiquiátrica e da saúde pública. A resistência em materializar um Estado de proteção social diz muito sobre uma certa “dependência” de práticas repressivas, mesmo diante da constatação do fracasso de um modelo que não pode, porque não há como, controlar o desejo humano, como usar drogas. Isso não quer dizer que não reconheçamos os danos e agravos, as perdas, enfim, os riscos que essa prática representa na vida de pessoas, especialmente as empobrecidas.

Sobre minha experiência com crianças e adolescentes em situação de rua, fui influenciada pela bibliografia indicada para o concurso realizado pela Prefeitura de Santo André e do qual participei em 1999, além da Constituição, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), do livro *Pedagogia social de rua*, da Maria Stela Graciani. Contudo, minha referência, desde Belém, era o *Poema pedagógico*, do ucraniano Anton Makarenko, pedagogo que narra sua vivência com jovens infratores na colônia Gorki. Esse livro era uma das referências do pessoal que trabalhava na República de Emaús, que fazia parte do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, em Belém, coordenado por um padre salesiano, onde fui voluntária. A partir desse referencial, posso dizer que entender a conexão entre os princípios do SUS, do ECA, da Reforma Psiquiátrica e da RD foi quase que automático.

Ainda falando de atenção aos adolescentes em Santo André, muitas vezes alguns deles desapareciam das ruas, ou porque eram presos, ou porque eram mortos. Infelizmente, tive que reconhecer vários no necrotério e avisar as famílias porque tinham sumido com seus documentos. Havia outro fator relevante, as internações em comunidades terapêuticas, que ocorriam em outros municípios; elas eram articuladas entre os conselhos tutelares e o Departamento de Assistência Social, sem passar pelo Caps AD, ordenador do cuidado.

Quando os adolescentes apareciam, havia uma agitação sobre o que tinha acontecido, o que na maior parte das vezes envolvia episódios de fuga dessas instituições. Assim, tínhamos de recomeçar o vínculo. Houve um caso de um adolescente que foi para uma comunidade em Suzano, chamada Recanto dos Pássaros. Ele fugiu, furtou uma bicicleta e, passando pela cidade, viu outro adolescente no farol, então eles furtaram outra bicicleta e

foram para Santo André. Onde eu via potência, alguns viam apenas delinquência. Em uma reunião, alguém perguntou como isso tinha acontecido e, tranquilamente, respondi, “ora, o local era um recanto de pássaros, e pássaros voam”.

Obviamente, não era tranquilo fazer essas discussões, mas isso me permitia, na medida do que era razoável, provocar alguma reflexão a respeito da notória ineficácia de se continuar fazendo esse tipo de aposta, além de dificultar o trabalho que tentávamos realizar, porque a garotada ficava refratária a nossa abordagem. Sobre esse adolescente, especificamente, depois de inúmeras conversas, desenvolvemos com ele uma possibilidade de fazer parte da oficina de marcenaria do Núcleo de Projetos Especiais, parte da Raps, que elaborava ações de reabilitação e inclusão pelo trabalho e geração de renda no âmbito da economia solidária. Trago esse relato sobre a internação de adolescentes em comunidades terapêuticas, articuladas pelos conselhos tutelares junto à assistência social, como uma reflexão sobre as profundas contradições do sistema de garantias. Ainda acentuo que foi justamente no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome que o então deputado federal Osmar Terra, defensor da internação compulsória e das comunidades terapêuticas, foi exercer o cargo de ministro.

O ministro seguiu afirmando haver uma “epidemia de drogas” no Brasil e, em seguida, levou o coordenador nacional de saúde mental, Quirino Cordeiro, psiquiatra que fez alterações na política nacional, com incentivos às comunidades terapêuticas, aumento de leitos psiquiátricos, além da abertura de financiamento para compra de aparelhos de eletrochoques. No Ministério, assumiu a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas.

#### 4.1 AGENTES PÚBLICOS ATUANTES NA SAÚDE COLETIVA

Os trabalhadores, assim como os usuários, têm como desafio a luta cotidiana contra as forças desagregadoras do capitalismo, as quais são braço auxiliar da guerra às drogas, embora essa percepção não seja ponderada nas relações cotidianas, em uma sociedade fissurada e em busca incessante pela “normalidade”. Atuando no SUS, que inaugurou uma era de direitos ainda incompreendidos em sua real dimensão, a maioria dos agentes públicos traz consigo visões muito particulares sobre essa questão, que mais têm a ver com seus sistemas de crenças do que com o reconhecimento da legitimidade de se construir e executar políticas públicas compatíveis com um Estado democrático de direitos. Então, o cotidiano vai revelando que a transição de um Estado de exceção para um Estado de proteção social se

constitui num grande desafio para propostas contra-hegemônicas, sobretudo em uma política alinhada às convenções internacionais das quais o país é signatário e é obrigado a cumprir, sob pena de sofrer sanções. A internalização total da legislação pactuada na esfera mundial traz grandes obstáculos, como os enfrentados pela Prefeitura de Santos nos anos 1980, assim como pelos milhares de usuários, familiares e comunidades.

Entre reconhecer a saúde como um direito fundamental dos brasileiros e acreditar que usuários de drogas conseguem se cuidar existe uma distância considerável, porque geralmente são pessoas com enorme dificuldade de seguir prescrições, lembrando que, culturalmente, os agentes de saúde são ótimos prescritores e têm grande dificuldade de se desapegar desse poder. São dois mundos que se orientam por lógicas distintas e, quando se encontram, as fricções são inevitáveis, redundando na resistência dos trabalhadores e na desistência dos usuários. Claramente, na articulação dos serviços, essas contradições aparecem e podem ser construídos consensos possíveis, e isso inclui a participação dos usuários, algo que tentamos assegurar, mas que nem sempre acontece. Mesmo assim, podemos dizer que houve momentos luminosos quando, diante do improvável, as pessoas envolvidas em algumas ações puderam vivenciar a potência do trabalho em rede.

#### 4.2 REDUTORES DE DANOS: QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS IMPACTOS?

Os primeiros redutores de danos foram essenciais para a implantação e viabilização da RD no Brasil. Diante da dificuldade dos agentes de saúde de acessar usuários e grupos de usuários, sua participação trouxe um ganho extraordinário porque eles conheciam o território, as pessoas, os ritos, que drogas costumavam circular, em que território e em quais horários eram melhores para as abordagens.

Muitos foram voluntários, e alguns passaram a receber uma bolsa a partir da autorização de projetos que eram aprovados em editais, com duração anual, ou seja, sua continuidade era incerta. Para muitos outros foi a oportunidade de ter trabalho e renda, a volta aos estudos, participar de processos formativos sobre direitos, políticas públicas, autocuidado, cidadania ou até mesmo a superação da condição de um usuário dependente para um usuário consciente de sua condição e capacidade de protagonizar outras possibilidades existentes, mesmo que continuasse a usar drogas, mas com o mínimo controle. Aliás, um dos lemas da RD é “fique no controle”.

No território, intuitivamente, por meio da escuta interessada, era possível identificar usuários que tinham potencial para se tornar parceiros, que também estavam interessados

naquela forma de aproximação mais cuidadosa, sem julgamentos ou censuras. O conhecimento dos territórios, de outros usuários que pudessem nos apresentar, de como os usos, abusos e compartilhamentos aconteciam e quem estava mais vulnerável se tornaram estratégicos para nossa atuação, constituindo uma rede viva de trocas e pactuações baseadas no vínculo e na confiança.

Um artigo escrito pelo antropólogo Edward MacRae sobre a abordagem etnográfica do uso de drogas nos informava de que, em vários lugares do mundo, já existiam experiências semelhantes ao que estávamos praticando em Santo André, com a técnica conhecida como “bola de neve”, na qual usuários trazem outros usuários para o circuito do cuidado. Foi trabalhando nessa perspectiva que, depois de inúmeras observações como supervisora no campo, a unidade de RD contratou uma prostituta para compor a equipe, o que facilitou o acesso às casas de prostituição mais fechadas, onde pudemos ofertar e ampliar o acesso a mulheres que tinham muita dificuldade de fazer sua agenda de exames preventivos, pois não era fácil conseguir horários nas unidades de saúde.

Essas dificuldades nos levaram a articular e pactuar na rede horários e condições compatíveis com sua singularidade, o que aumentou o acesso. Também conseguimos adentrar as casas para procedimentos *in loco*, como palestras, distribuição de preservativos, vacinação, profilaxia anti-HIV e pílula do dia seguinte para os casos de acidentes de trabalho, como a ruptura de camisinha. Evidentemente, essas ações eram iniciadas no território, mas avaliadas pelos profissionais das unidades, considerando a singularidade de cada caso.

Cabe destacar que a organização das atividades da equipe de RD atuou por 11 anos em estreita articulação como o programa municipal de HIV/Aids, circunscrevendo suas ações aos campos que definíamos como “campos do sexo”, com algumas poucas incursões por outros territórios, haja vista a restrição operacional. Por exemplo, tínhamos transporte para circular apenas quando a garagem tinha carro disponível e havia autorização para pagar horas extras aos motoristas, porque eles só eram liberados no período noturno, o que era sempre uma questão de muita discussão. Durante o dia, havia poucas ações nas imediações do Caps AD, onde tínhamos uma sala cedida pela coordenadora para guardar nossos insumos, fazer nossas reuniões e compartilhar alguns casos. Sobre o transporte, passamos por uma situação embaraçosa, porque algumas vezes o carro disponibilizado era o mesmo veículo que o secretário de saúde usava. O motorista também era o mesmo, e então começaram a surgir denúncias sobre um carro oficial estar frequentando a zona fora do expediente. Os esclarecimentos sobre essa situação foram devidamente prestados pelo secretário.

Como supervisora, depois de ponderar a questão com a coordenação, me aproximei mais do cotidiano do Naps AD, por avaliar a importância de estar próximo do serviço que ordenava o cuidado de usuários de drogas, o que não era considerado estratégico pela coordenadora da URD, havia muitas tensões a respeito do serviço. Nessa função, eu entendia que o encontro das duas equipes poderia sim trazer tensionamentos, afinal, era o mundo dos usuários adentrando o mundo formal da instituição e, certamente, haveria ruído, mas avaliava que o estranhamento inicial, com a convivência, poderia engendrar muitas e ricas possibilidades de articulação entre os trabalhadores e usuários.

Entre os usuários, a divulgação de ações de RD, como a sugestão de não compartilhar cachimbos/canudos ou ainda utilizar cédulas para aspirar droga, gerou um estranhamento inicial. Depois, fomos provocados por uma travesti: “você está me estimulando a usar cocaína?”. Assim, ponderamos a validade de nossa abordagem, mas que a decisão de usar era da pessoa, nós apenas poderíamos torná-la menos danosa.

Em outros momentos, fomos surpreendidos pelo relato de alguns usuários que vinham mostrar seus cachimbos de uso pessoal, feitos por eles mesmos, com materiais dos mais diversos, quando faziam questão de dizer que, a princípio, ficaram desconfiados, mas depois começaram a entender a ideia. Outros ainda afirmavam que decidiram não usar várias substâncias, mas apenas uma, pois entendiam que era algo que tinha mais a ver com sua personalidade e conseguir manter um certo controle.

No caso das profissionais do sexo, muitas pediam orientações sobre RD para manejar situações em que seus clientes as procuravam apenas para fazer uso de drogas e também para compartilhar. Nas casas, o consumo de álcool fazia parte da atividade junto aos clientes, para consumir mais, o que muitas vezes aumentava sua vulnerabilidade, fazendo com que muitas desenvolvessem usos abusivos, principalmente dessa droga.

Como podemos observar, com o acúmulo de experiência dos redutores de danos, foi natural comporem a equipe do CR, agregando o corpo de enfermagem, que passou a funcionar nesse formato em abril de 2013, mantendo-se a RD como estratégia que orienta as ações do serviço, em conformidade com as normativas do Ministério da Saúde.

As articulações do CR na Rede de Saúde eram pactuadas em reuniões. Os casos eram discutidos e, a partir daí, muitas ações eram desempenhadas na unidade, através de manejos conjuntos, para construir e fortalecer o vínculo dos usuários com os serviços, desenvolver habilidades sociais e educar as pessoas para serem protagonistas de seu projeto com autonomia. Com o passar do tempo, depois de um certo percurso, a equipe passou a fazer matriciamentos com algumas equipes da Estratégia da Saúde da Família, incluindo incursões

nas comunidades com as agentes comunitárias de saúde (ACS), assim como estas vinham participar de ações do CR.

O CR de Santo André era modalidade III, mas conseguia contratar médico, o que exigia acessar com mais frequência as unidades, fossem UBS, PAs ou UPAs. Em determinado momento, a coordenação do Caps AD disponibilizou uma parte do horário da médica clínica para acompanhar a equipe, no período noturno, dois dias por semana. O Hospital Municipal era procurado apenas nas modalidades das urgências odontológicas e ortopédicas, com maior frequência no período noturno.

Ao contrário do que a Rede acreditava que ia acontecer com a chegada do CR, como “lotar as unidades de moradores de rua”, “aumento das filas”, “confusão, porque muitos têm transtorno”, “há gente que não sabe esperar e causa no serviço”, “os noia não se comportam de acordo com o ambiente”, enfim, o imaginário ainda vigente sobre essa população simplesmente não aconteceu. Quanto aos usuários, a equipe também foi surpreendida pelas demandas que efetivamente eram trazidas quando chegávamos nos campos, como pedir tratamento no Caps AD, o que não ocorreu. Muitas vezes, o pedido de alguns usuários era: “tem jeito de tomar um banho?”. Depois, ouvíamos: “tô precisando cuidar dos dente”, o que nos levou a investir na articulação com serviços que tinham equipe odontológica, assim como locais onde o banho fosse ofertado.

O CR manteve a oferta de insumos, o conhecido *kit*, mas com alterações: *kit* de higiene bucal, barbeadores, absorventes, preservativos e água mineral. Surpresa, a equipe questionou: “água mineral?”. Organizamos os galões e partimos para os campos. A notícia de que havia água causou um alvoroço e logo os usuários apareceram trazendo garrafas e bebendo muita água. Muitos se perguntariam o que tem a água de especial? Muito se fala que a capacidade de se virar na rua faz com que as pessoas consigam acessar alguns bens com frequência, porém a percepção de que a rede social que eles conseguem construir atende todas as suas necessidades cai por terra ao simples ato de oferta de água, que passou a fazer parte da rotina dos campos.

Embora a equipe investisse na construção do cuidado em rede, a maior parte dos usuários tinham muita dificuldade de se ver frequentando algum serviço e muitos referiam que um fator que os desanimava era a indiferença ou intolerância de alguns trabalhadores quando eles chegavam. Parte dos agentes agiam como se soubessem exatamente qual era a queixa das pessoas, sem ponderar que, em muitos casos, era a primeira vez que ela acessava uma unidade de saúde, portanto, a escuta tinha que ser mais atenta e levar em consideração

aspectos da vida do usuário que pudessem trazer elementos elucidadores sobre sua demanda, algo além do sintoma.

Outro fator que também trazia dificuldades era que toda atividade tinha sua rotina, seu *modus operandi*. Cumprir horários ou esperar eram coisas muito difíceis de operacionalizar com os usuários nos manejos diários, tanto na rua quanto nos serviços, o que exigia um tempo maior de sensibilização e organização. Evidentemente, diante de alguns casos muito graves, fosse pelo risco de agravos, fosse pelo risco social, a equipe tinha dificuldade de entender as escolhas dos usuários, mesmo conscientes da situação, e havia muita angústia e frustração, achando que não conseguia “salvar vidas”.

Trabalhar essas questões era desafiador, pois é difícil controlar o desejo dos usuários e dos trabalhadores. Então, criou-se a oportunidade de explorar esse “desencontro”, que, inevitavelmente, levava à reflexão de nossas práticas e à consequente revisão de atitudes.

Sabemos que existe toda uma institucionalidade a ser observada, contudo, quando se reconhece que existe uma lacuna assistencial que precisa de atenção e se decide implantar e executar serviços com essa finalidade, obviamente a recepção da demanda teria que ser compatível com esse entendimento. Trazer tal reflexão é muito interessante, porque, quando um problema aparece ou se agrava, muitos são os apelos por sua resolução, daí começam as inúmeras reuniões para discutir os casos, chamam-se todos os atores, problematiza-se tudo e, quando nos aproximamos, vemos que os usuários muitas vezes agem como se estivessem em uma corrida de obstáculos, que seu intuito é não derrubar as barreiras (ter recaída) ou serem “premiados”. A assistência acontece quase como um prêmio por bom comportamento, caso o usuário se comporte.

## 5 CONSULTÓRIOS NA RUA: UMA AUTOETNOGRAFIA

### 5.1 CAPACIDADES TÉCNICA E POLÍTICA

A criação do CR data de 1994, em Salvador, no âmbito da estratégia de RD, uma experiência que foi avaliada como apropriada à demanda por um dispositivo que atendesse à complexidade de oferecer cuidado no território para pessoas em situação de uso problemático de drogas, levando a sua formalização no SUS, primeiro na Raps, como retaguarda dos Caps AD, a partir do Pead/2009, e depois na Rede de Atenção Básica, a partir do Picc/2010, que alguns chamaram de PAC do Crack. Em 2011, o CR foi instituído na Política Nacional de Atenção Básica com o objetivo de ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, e não apenas daqueles que faziam uso problemático de drogas.

Vale ressaltar que a criação de serviços e a ampliação dos já existentes para atender à demanda por cuidado e tratamento para usuários problemáticos de drogas foi uma reação do governo diante da histeria provocada pela superexposição do fenômeno “epidemia do crack”, imposto pela mídia desde 2009 e explorada como forma de pressão política que gerou os efeitos desejados, como financiamento de leitos em comunidades terapêuticas.

Figura 4 – Coordenando mesa com a presença da Dra. Ana Pitta, David Abdo, coordenador do Consultório na Rua de São Bernardo do Campo e o enfermeiro Marcelo Soares, do Consultório na Rua de Manguinhos/RJ. Novembro de 2014





Fonte: Mário Moro.

Em um contexto problemático, seguiu-se ao Pead o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (Piec), no qual já se percebe um deslocamento em relação à nomenclatura anterior da política, trazendo o *crack* para o centro das preocupações. Isso, supomos, deve-se ao alarmismo disseminado pela mídia e explorado como chantagem para pressionar o governo, mesmo diante da ausência de dados epidemiológicos que indicassem uma situação alardeada como “fora de controle”.

O *Relatório Brasileiro sobre Drogas*, publicado em 2009 pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, que levantou uma prevalência de uso na vida de 0,7 % no período de 2005/2007, informava que essa prevalência sofreu um aumento, observado no 3º Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas pela População Brasileira, que trouxe o dado de prevalência de uso no período de um ano, 2015, de 0,09% (Duarte; Stempliuk; Barroso, 2009). Esse dado não significa que não seja necessário garantir assistência, mas ponderar quais são as reais motivações dos arautos da preocupação com os usuários. Nunca é demais lembrar que, como em toda guerra, a primeira vítima é a verdade, por exemplo, o primeiro relatório não teve a atenção devida, e o segundo foi publicado em meio a intenso debate e tentativa de impedir sua divulgação.

Voltando ao Piec, instituído pelo Decreto Presidencial n. 7.179, de 20 de maio de 2010, o plano era uma reação de governo visando articular e ampliar ações e parcerias, já incluindo, então, as comunidades terapêuticas na rede assistencial, com a abertura de linha de financiamento para leitos, na modalidade de serviço de atenção em regime residencial, pactuado na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite em novembro de 2010, consolidada no Edital n. 001/2010/GSIPR/Senad/MS e na Portaria n. 131/2012/GM/MS, já no âmbito do Plano Crack é Possível Vencer, um título de tom apelativo, alinhado com o pânico disseminado pelos meios de comunicação, o qual coloca a droga no centro de uma disputa, que, como sabemos, quem ganha ou perde são pessoas.

Todo esse investimento trouxe poucos resultados na vida dos maiores interessados, os usuários de drogas, mas certamente contribuiu para aumentar o poder econômico, simbólico e político de pessoas e grupos que, logo em seguida, se alinharam com o projeto golpista, o qual gerou grandes retrocessos nas políticas públicas e o avanço voraz sobre os recursos públicos.

Foi nesse contexto que assumi a coordenação da unidade de RD em 2013, para fazer a transição para CR. Para mim, era muito clara a responsabilidade de executar um serviço

estratégico e sustentar princípios e diretrizes construídos com muita luta. Mais uma vez, foi em uma gestão do Partido dos Trabalhadores que pudemos avançar e sustentar um serviço compatível, não apenas com nossas aspirações, mas com a necessidade de garantir cuidados a uma população historicamente desassistida.

As contradições de sempre persistiam, trazendo grandes desafios para nossa atuação, por exemplo, ser solicitada a fornecer informações às forças de segurança presentes no Comitê Gestor do Plano Crack, que era constituído por órgãos do governo municipal relacionados ao Plano Crack é Possível Vencer, ou participar de “forças-tarefas” de caráter repressivo, solicitações que eu recusava atender e envolver a equipe. Obviamente, havia muitos questionamentos e acusações de não ser “colaborativa”. O ponto positivo era que a Secretaria de Saúde como um todo, e a Coordenação de Saúde Mental em particular, sustentavam nosso posicionamento e a linha de atuação junto à população que atendíamos.

Legitimada pela gestão, consegui desenvolver um processo de trabalho com a equipe fundamentado no conhecimento e reconhecimento dos territórios e dos recursos existentes que pudessem compor o cuidado, lembrando que os usuários, em nossa percepção, eram parte constituinte da Rede, mantendo a técnica da “bola de neve”. Outro ponto importante foi redimensionar a parceria com o Programa Municipal de DSR/Aids e seu Núcleo de Prevenção, com quem a unidade de RD desenvolvia ações junto às casas de prostituição.

Doravante, foi feito um processo de passagem de vínculo junto a trabalhadoras e gerentes, assim como de atribuição, visto que o CR está na Política de Atenção Básica, mas isso não significava que questões envolvendo IST/Aids (antiga DST) no território não fizessem parte da atenção da equipe. Passar por esse processo não foi fácil, pois era um trabalho realizado durante muitos anos, e elaborar esse luto exigiu acolhimento diário da equipe, que se sentiu insegura diante do novo formato.

Sobre a unidade de RD, gostaria de apontar uma singularidade de Santo André. Muitos programas de RD estavam vinculados aos de DST/Aids, que foi por onde iniciaram suas atividades no Brasil. Contudo, em Santo André ligaram-se ao Programa Municipal de Saúde Mental, ou seja, o CR está vinculado à Atenção Básica, mas faz parte do Plano de Trabalho da Saúde Mental.

No período da RD, os insumos dispensados aos usuários inicialmente eram os preservativos e o protetor labial. Depois vieram os preservativos femininos, que não tiveram aprovação, e as luvas. As seringas, que anteriormente eram ofertadas, foram perdendo espaço, pois eram raros os usuários de drogas injetáveis, e dificilmente conseguíamos localizá-los.

O *kit* pensado anteriormente para os adolescentes passou a fazer parte dos insumos disponibilizados, com ampliação e alteração dos produtos concedidos. Todavia, a grande diferença que trouxe um ganho na qualidade da atenção foi a oferta de procedimentos pela enfermagem. Enquanto na RD a oferta de cuidado era mais no campo preventivo, com alguns encaminhamentos à Rede, até pela restrição de mobilidade no território, no CR o cuidado se materializava nos procedimentos, como aferição, coletas, testes, vacinas, curativos, ou seja, o direito à saúde, defendido e divulgado anteriormente por meio de folhetos informativos e orientações, passou a acontecer no corpo dos usuários, transitava do campo abstrato para o concreto, como concreta é a vida dessas pessoas.

Entretanto, as duas experiências tinham um ponto fundamental, que era o diferencial na relação com as pessoas, o diálogo. Sobre esse recurso, registro um episódio ainda na RD. Em um dia, faltaram preservativos, deixando a equipe apreensiva, sem saber o que iria oferecer no “campo do sexo”. Ponderei, então, se éramos apenas dispensadores de camisinhas. Foi muito interessante porque, quando os agentes chegaram ao campo e informaram sobre a falta de preservativos, mas que estavam ali para conversar, houve uma surpreendente reação das profissionais do sexo, que acharam maravilhoso alguém ir até elas para isso. Essa experiência virou matéria de página inteira no jornal local.

Informada de que o carro que ia circular estava em processo de licitação, fui consultada sobre as características que atendessem à necessidade do serviço. Juntamente à equipe, discuti sobre a flexibilidade de horários, para ampliar a frequência nas ruas em momentos considerados importantes. Na semana, por dois dias o carro trabalhava das 10 às 19h, e três dias das 13 às 22h.

Outro ponto que considerei essencial foi alugar o veículo em conformidade com o Manual de Visualização do Ministério da Saúde. A modalidade locação foi estratégica porque evitava descontinuidade, caso o carro quebrasse ou o motorista tivesse algum afastamento, ou entrasse de férias, com a substituição de ambos, mantendo-se a rotina.

A parceria com a Raps foi um importante fator de troca de experiências no manejo de crises, quando éramos solicitados para dar apoio se estivéssemos com tempo disponível, assim como organizar a participação de outros atores das Redes que pudessem contribuir com a construção do cuidado intersetorial, atividades sempre pactuadas com os usuários. Quem, quantos, por que, quando e que horas faziam parte da conversa sobre essas incursões nos territórios, que podiam ser recusadas pelos usuários. Sempre entendi que as trocas eram e são fundamentais para romper barreiras e dissipar os estranhamentos, embora não seja tão simples, porque elas são atravessadas pelas relações de poder.

Quando o carro chegou, saímos a campo para fazer o levantamento do número de pessoas em situação de rua, e o total foi de 482; observamos um aumento considerável de mulheres nessa situação, chegando a 144. Depois de identificados os territórios onde havia concentração de pessoas, passamos a destacar questões que indicassem a necessidade de mais frequência, como: presença de crianças e/ou adolescentes, o que foi uma surpresa, pois não eram localizados nas cenas; o número de pessoas; as vulnerabilidades, como locais muito isolados, de difícil acesso, com pessoas agravadas; presença de idosos, que eram um número menor, mas não menos importante; presença de mulheres e, nesse grupo, as grávidas. Esse foi um dos maiores desafios do serviço.

O acesso a essas mulheres grávidas era dificultado por elas e por seus companheiros, porque já tinham passado por alguma gestação anterior, por exemplo, saíram do hospital após o parto sem os bebês, sem poder voltar para visitá-los ou visitá-los nos abrigos para onde iam, isso quando ficavam sabendo. Muitas mães não sabiam que seus filhos passariam períodos com famílias temporárias ou que iriam para adoção. Assim, nossa presença e aproximação eram percebidas como uma ameaça, o que foi superado pela presença frequente e pelos cuidados iniciais, que depois evoluíram para consultas de pré-natal.

Os companheiros eram incluídos no cuidado, fortalecendo o vínculo. Todas que atendemos nessa condição, 21 mulheres, conseguiram realizar o pré-natal até o parto, e ali começava a etapa mais desafiadora: assegurar que elas saíssem com seus filhos. Antes, evidentemente, nós fazíamos contato com as famílias do casal, para retomar possíveis vínculos, o que foi possível em muitos eventos.

Nos casos de vínculos familiares fragilizados, contamos com a retaguarda da Unidade de Acolhimento, também inaugurada em abril de 2013, dentro do projeto terapêutico singular do Caps AD III. Nesses episódios, a dificuldade colocada pelo hospital nos levou a acionar a Defensoria Pública para assegurar o direito dessas mulheres e seus filhos, o que resultou em uma parceria para vários outros casos.

Um desses episódios foi emblemático. Vou usar o nome fictício de Rosita, que tivemos conhecimento no hospital, em trabalho de parto, quando fomos levar uma das nossas grávidas para uma consulta. Em determinado momento, várias profissionais saíram de uma sala chorando, e eu pensei que alguém tinha morrido. Diante da comoção, perguntei a uma psicóloga o que tinha acontecido e ela respondeu que a mulher não queria abrir as pernas para o bebê nascer porque ela não queria perdê-lo. Aquilo ficou em minha mente, mas precisamos ir embora para retomar nossa agenda depois da consulta.

Em outro momento no hospital, fiquei sabendo que a Rosita tinha saído e pensei: “como assim saiu?”. Sua filha tinha ficado na UTI neonatal e não tinham o contato da família. Rosita não era uma das usuárias que conhecíamos. Depois, em nossa base, ponderei com a equipe: “essa mulher quer um filho, ela vai engravidar novamente”. Alguns meses depois, a enfermeira me informou: “eu via aquela mulher que não queria ter o bebê pedindo em um farol. Não é o local em que fazemos campo e ela está grávida”.

Fomos algumas vezes até lá, mas não a avistamos, até porque essas pessoas só são encontradas por nós quando querem ser encontradas. Tempos depois, recebemos um chamado da Casa Amarela, o Centro Pop, que declarou que estava com uma grávida que não queria atendimento de saúde. No mesmo instante, pensei em Rosita, e fomos até o local, quando então confirmamos seu nome. Estava miúda, poucos dentes, arisca e tímida, mas risonha, nos observava com seus olhinhos muito atentos, recusando gentilmente nossas ofertas de cuidados.

No primeiro contato, ficamos sabendo que ela era frequentadora do lugar, onde costumava ficar com seu companheiro, que dificultou muito a aproximação. Depois, recebemos a notícia do parto através de uma ligação da coordenação, dizendo que o hospital tinha feito contato sobre uma grávida que o carro do Centro Pop tinha deixado na porta, mas que ela tinha fugido. Eu estava em trânsito, fui até o local, mas ela tinha desaparecido. Voltei ao hospital para falar com a superintendente e a secretária me contou que a equipe da assistência tinha voltado com ela. Solicitei uma conversa com a profissional responsável para falar sobre o caso. Descobri que no dia do parto Rosita tinha chegado sem documento, a despeito de estar frequente em uma unidade da assistência social.

Imediatamente providenciei o documento para que ela pudesse registrar o filho e passamos a monitorar de perto seu caso com o apoio da Defensoria Pública. Nesse momento, com acesso a suas informações, ficamos sabendo que era sua oitava gestação e que sua filha, que tinha ficado na UTI, não sobreviveu. Dessa vez, entretanto, Rosita saiu com seu filho, que batizou com o nome de um jogador do São Paulo, para quem torcia. Ela foi para a Unidade de Acolhimento, enfrentou o companheiro, que queria levá-la de volta para as ruas, e ela tentava aprender a maternar com o apoio das equipes da Unidade de Acolhimento, do CR e do Caps AD.

Em meio a esse turbilhão, ciente do trabalho e seus desafios, em parceria com o DST/Aids Nacional, pudemos participar da organização de um evento, onde foi possível mobilizar a região no Encontro Regional Sudeste Consultório na Rua e Atenção Básica: reduzindo danos e agravos em DST/AIDS e/ou hepatites virais das populações em contextos

de vulnerabilidade. É “Nóis” na Rede! A Rede somos todos nós!, com a participação de mais de 250 pessoas.

## 5.2 PROJETO ÉTICO E ESTÉTICO DE CUIDAR DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E USO DE DROGAS

Um dos desafios que a política de atenção à população em situação de rua e usuária de drogas é reconhecê-la como capaz de protagonizar sua história. Assim, a grande aposta era estar perto, ouvir e entender os modos de ser, viver, amar, odiar, sofrer e desejar. Tal ação era fundamental, porque rompia uma relação de poder entre “quem sabe” e “quem precisa saber”, pois segundo o senso comum, o “cérebro já fritou”, “não tem mais neurônios”, “não pensa em outras coisas”, “tudo vira pedra” etc.

Em nosso entendimento, por outro lado, a frequência era uma condição para a construção de um vínculo baseado na confiança, no respeito, no reconhecimento da capacidade de pensar sobre sua vida e nas possibilidades de um autocuidado, mesmo em condições adversas. Portanto, essa relação não se limitava a oferecer atendimentos, procedimentos e encaminhamentos, mas outras atividades que trouxessem o belo para a dureza do cotidiano.

A arte, em suas diversas manifestações, foi reconhecida como um importante recurso terapêutico, mas não só. Nise Silveira, por exemplo, revolucionou a psiquiatria brasileira proporcionando aos internos do hospital onde trabalhava amplas experiências artísticas. Em uma realidade embrutecedora, propor atividades lúdicas também agrega humanização na relação. Estimulávamos os usuários com passeios, rodas de samba, oficinas de pipa e posterior ação para empinar pipas, tirar fotos, disponibilizar papel, canetas e lápis coloridos, organizar festas e participação em eventos e atividade de embelezamento.

Chegamos mesmo a percorrer diversos territórios com um grupo de profissionais de outros municípios, dentro do projeto “Percurso Formativos do Ministério da Saúde”, para uma apresentação de um coral de Natal com a entrega de pequenos panetones. Nesse projeto, Santo André era uma cidade preceptora que recebia trabalhadores de nove municípios, de oito estados, que ficavam um mês percorrendo os serviços da Raps, com preceptoria dos gestores dos serviços. O CR participou do projeto por estar no plano de trabalho da saúde mental.

Uma parceria muito interessante nesse percurso foi com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas, o Cebrid, com o professor Dr. Elisaldo Carlini, com quem organizamos alguns encontros sobre drogas e, na medida do que era possível, incluíamos os

usuários para participar, não apenas na condição de ouvintes, mas, caso aceitassem, também de palestrantes.

Estar na rua é estar exposto, e a relação do Estado com essa população sempre foi complexa e tensa, porque são pessoas ainda percebidas pela doutrina da situação irregular, consonante com o Estado de exceção sob o qual vivem. A transição para a doutrina da proteção social não se consolidou como um paradigma, digamos assim, aceitável, mas como uma sociedade que demanda sempre a repressão.

A aproximação dessas pessoas, ou grupos, demanda um investimento de tempo, e a noção de tempo vivido por elas não é a mesma, o que exige uma ação contínua, é preciso construir os vínculos dia a dia. Nossa postura respeitosa e cuidadosa nos territórios incomodava uma parte da vizinhança, que se manifestava de maneira hostil, situação da qual destaco um episódio. Estávamos em campo, quando um morador, atrás das grades do residencial, se aproximou xingando a equipe, e eu orientei para não retrucar as ofensas. Ele então se dirigiu a mim dizendo que ele mesmo não tomava água de coco, um dos insumos que ofertávamos, e que podíamos aproveitar e colocar veneno [sic]. Ou seja, muitos acreditam que essas pessoas não têm o direito de receber atenção e, muito menos, sem violência, porque são um “bando de noias”, “vagabundos”, “bandidos” e representam uma ameaça à sociedade. Contudo, não existia queixa sobre as ações repressivas do aparato policial, que são toleradas e até mesmo desejadas. Chegamos a ser denunciados por dispensar insumos nesse território, ação que foi fotografada e encaminhada à ouvidoria da Secretaria de Saúde. Alguns usuários achavam estranho estarmos ali de forma acolhedora e interessados em ouvi-los e oferecer cuidados.

Uma situação corriqueira e que muitas vezes inquietava a equipe era quando íamos fazer uma abertura de campo e o pessoal não estava no local, ou pelo menos não encontrados por nós inicialmente. Então, sentava-me e começava a conversar sobre os mais variados assuntos, sempre observando a movimentação. Em dado momento, um deles perguntou o que afinal iríamos fazer ali, pois não estávamos fazendo nada, mas ele não tinha percebido que já havia várias aproximações no campo. Perguntava “que horas são, tem isqueiro?” ou ficava sentando no mesmo local, mas mantendo distância para saber quem éramos. Eles também nos observavam atentamente.

Assim, fomos abrindo diversos campos e em alguns deles era mais frequente a presença de casais, o que pedia uma abordagem que implicasse os dois no cuidado, principalmente em relação às ISTs (infecções sexualmente transmissíveis), no acompanhamento nas consultas de pré-natal, entre outros encaminhamentos.

Um dia, ao tentar localizar uma das grávidas, começamos a conversar com um dos usuários que frequentava o local e perguntamos sobre sua companheira. Ele ficou pensativo e disse que ela tinha sido presa. Contou que, “mesmo sabendo que ela era terrível, estava morrendo de saudade daquela bandida”. E ainda disse: “as pessoas passam e veem a gente aqui, nessa situação, mas não imaginam que também existe amor, sabe? E eu tô doido para que ela saia pra gente ficar junto de novo”. Eu sempre pegava esses ganchos para criar a possibilidade de cuidado de si para poder cuidar do outro. Com bom humor, eu provocava: “Eu acho que ela vai gostar de te ver bem quando sair, que tal começar a se cuidar?”. Como brigas ou separações eram frequentes, tínhamos o desejo de reatar os laços, e dizíamos: “Bora levantar essa carcaça?”.

O riso sempre foi uma ferramenta crucial no meu exercício profissional, provocar e rir do nosso ridículo com os usuários em determinadas situações era terapêutico, o que não era uma coisa banal, acontecia dentro de uma relação vinculada em que era possível fazer abordagens dessa natureza.

Sem formação específica na área da saúde, como disse antes, eu era muito intuitiva em minhas ações e organizações, afinal, como disse Aristóteles, “todo conhecimento passa antes pelos sentidos”. Assim, como desenvolvia o trabalho com a equipe, tinha que fazer sentido para os usuários e para nós, ou não haveria sentido de existir.

Cada dia nos campos, embora fossem os mesmos quadros, as cenas, por sua vez, não eram estáticas. Assim, a presença das drogas era uma constante, lícitas ou ilícitas, porém os usos eram mutáveis. O olhar da equipe tinha foco no uso, perdendo de vista aqueles usuários que, por algum motivo, eram avistados sóbrios por alguns dias e até mesmo semanas. Ponderei que seria interessante ficarmos atentos a essa dinâmica, pois poderia nos trazer elementos sobre os processos autônomos de gestão de consumo, como de fato se revelou. Os usuários e usuárias trouxeram diversas motivações que os levavam a se manter sóbrios, como visitar os filhos, comparecer a audiências, reencontrar companheiros/as, ir a uma festa, ou seja, algo diferente do senso comum, que resume quem usa drogas e está nas ruas apenas a essa vivência. Essa capacidade de “dar um tempo” era bastante oportuna para explorar com eles os recursos de autocuidado possíveis, mesmo em contextos adversos, ampliando e fortalecendo o vínculo e promovendo trocas que agregavam qualidade na relação da equipe com o universo da busca pela alteração dos sentidos, para manejos mais adequados às necessidades de quem habita ou transita aqueles territórios. Sobre o transitar, também pudemos verificar, nos períodos de fim de dia, começo de noite, muitos usuários que não eram os fixos do local. Assim, conhecemos pessoas que, na volta do trabalho, davam uma



paradinha para usar e se juntava aos frequentes. Entre eles, havia um carrinheiro que era de um bairro distante, para quem perguntei por que vinha de tão longe, ao que ele respondeu, “aqui a gente encontra a melhor pedra da região, então vale a pena”.

### 5.3 CONTRADIÇÕES NAS ATUAIS POLÍTICAS SOBRE DROGAS

É um grande desafio implantar e executar serviços contra-hegemônicos, haja vista a sólida cultura proibicionista, que tem seus fundamentos no Movimento pela Temperança, nos EUA, que inicialmente defendiam a moderação no consumo do álcool, mas foi radicalizando, até chegar a 18ª Emenda à Constituição, definida pelo então presidente como “nobre experiência social e econômica”, consolidando a completa proibição de bebidas alcoólicas.

Não podemos esquecer que o ativismo dos grupos religiosos puritanos foi vital nesse processo, o que nos traz para o momento atual, quando vemos esse mesmo ativismo, atualizado como ferramenta de proselitismo e também como um ambiente a ser ocupado, como forma de participar com seu proselitismo e disputar valores na esfera pública. Essa atuação confronta abertamente o princípio do Estado laico, preconizado na Constituição, mas se configura como uma força política, lastreada em milhões de votos, acesso cotidiano aos lares através de programas de rádio e TV, e também conta com o sistemático posicionamento da mídia hegemônica, com seus programas policiais, que comparecem ao debate sobre políticas públicas em geral e, em nosso caso particular, política sobre drogas.

O constrangimento e a chantagem são recursos largamente usados, e a produção de notícias falsas, as *fake news*, têm papel crucial, dialogam com a “arte da guerra” e, convenhamos, os setores progressistas e até a esquerda declinam, porque a questão moral sequestra o debate lúcido e honesto sobre a questão, funcionando como instrumento de chantagem.

Tinham assento no Comitê do Plano Crack de Santo André forças policiais, militar, civil e guarda municipal. Nas discussões, quando destacávamos a necessidade de tratar o fenômeno como questão de saúde pública, isto é, um direito dos usuários, éramos tratados como arrogantes, como donos da verdade, e que seria recomendável “flexibilizar”, o que entendo como capitulação, respondendo aos anseios proibicionistas dos atores que executam essa guerra todos os dias, com algumas honrosas exceções.

Assim, com uma parte da esquerda atravessada por essa cultura, nossa capacidade de lidar com interesses diferentes e conflitantes é constantemente testada. Considerando a

equidade um dos princípios basilares do SUS, a partir de minha experiência pude observar que esse princípio fica seriamente comprometido diante do paradigma proibicionista, que impõe limites quase intransponíveis, afetando a percepção dos usuários, que são taxados de incapazes, perigosos, folgados e vagabundos.

A interdição leva naturalmente à criminalização, e proteger as pessoas significa enfrentar o Estado policial, fortemente ancorado nos princípios de um Estado de exceção, que capilariza as outras instituições, visto que, no caso brasileiro, as forças de repressão não passaram pela necessária transição para uma democracia de direito. Por exemplo, o recurso da tortura ainda é utilizado, não apenas nas instituições penais, mas também em outras entidades que tenham ou detenham pessoas sob sua responsabilidade.

Depois dos retrocessos e desmontes impostos pelos governos que assumiram depois do golpe, que não foi apenas para tirar Dilma Rousseff da presidência, mas significou, sobretudo, um saque generalizado de recursos públicos e alterações nas políticas, que, como é de conhecimento público, visavam unicamente a transferência de dinheiro para a iniciativa privada sem regras claras. No que concerne à política sobre drogas, que voltou a ser antidrogas, o papel da Raps foi reduzido, havendo um superfinanciamento das comunidades terapêuticas.

No que diz respeito ao campo institucional, em 2023, com a chegada do novo governo, foram anunciadas alterações de *status*. Assim, a coordenação nacional de saúde mental virou um departamento. Por sua vez, a coordenação da Política Nacional sobre Drogas voltou para a Senad e, ao mesmo tempo, foi anunciada a criação do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas, no âmbito do Ministério do Desenvolvimento Social, ampliando o apoio governamental a essas instituições, que já vinham ocupando espaços importantes em alguns ministérios e recebendo vultosos repasses financeiros.

A Senad, por sua vez, anunciou a reconstrução da Política sobre Drogas, com foco nas pessoas até dezembro, assim como diversas iniciativas e ações para um cuidado mais humanizado, reafirmando a manutenção de financiamento de comunidades terapêuticas e argumentando que “há trabalho extenso de acolhimento, especialmente para um público de extrema vulnerabilidade” e que “precisamos trabalhar com essa ‘realidade colocada’ sem relaxar para princípios mínimos” (Balloussier, 2023). Esse é um ponto fundamental, como proteger pessoas em extrema vulnerabilidade de instituições que, salvo as raras exceções, frequentemente são denunciadas por violações de direitos e que sustentam que “a fé salva”, ou que “sem conversão não há recuperação”?

Sobre a Lei n. 11.343 (Brasil, 2006), que oportuniza a entrada dessas instituições no orçamento público, por exemplo, não se ouve falar se vai haver alteração sobre a zona cinzenta, que é a diferenciação entre usuário e traficante a partir da quantidade de drogas que a pessoa está portando, nem sequer a retirada ou alteração do artigo 25: “As instituições da sociedade civil, sem fins lucrativos, com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social, que atendam usuários ou dependentes de drogas poderão receber recursos do Funad, condicionados à sua disponibilidade orçamentária e financeira” (Brasil, 2006).

Voltando à criação do departamento de apoio às comunidades terapêuticas no MDS, a reação levou o governo a recuar e anunciar que não haveria mais um setor exclusivo para elas, alterando o nome para Departamento de Entidades de Apoio a Acolhimento Atuentes em Álcool e Drogas, mudança ainda não realizada na página do Ministério. Na 17ª Conferência Nacional de Saúde, a ministra da saúde, por sua vez, anunciou recomposição financeira para os Caps, assim como habilitação de novos serviços da Raps.

No campo cultural, a clínica de dependência química se constitui numa narrativa que povoa o imaginário de familiares e usuários e é recorrente mesmo nos Caps. A consulta com psiquiatra, a medicação, a internação compulsória em comunidades terapêuticas ou em hospital psiquiátrico, a busca por relatórios para interdição, ou aposentadoria, ficar limpo e a recaída são expressões que colocam as pessoas numa camisa de força discursiva que produz muito estigma, aprisionando as subjetividades. Prevalece então a noção de que o usuário de drogas é um incapaz e precisa ser contido, confinado, privado mesmo de liberdade em nome de sua proteção.

Obviamente, existem situações de risco iminente, que exigem uma intervenção mais assertiva, de caráter protetivo e não punitivo, que faz toda a diferença no manejo e fortalece o vínculo, aumentando a possibilidade de a pessoa aceitar a seguir o cuidado.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em divulgação recente, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) publicou uma versão preliminar de um estudo sobre o custo de bem-estar da guerra às drogas. Publicado em junho, não trouxe nenhuma mobilização nem sequer uma grande divulgação sobre os 50 bilhões, montante que significa um verdadeiro desperdício de recursos econômicos (Jabur, 2023). Não se observa nenhum benefício, nada para superar a fracassada estratégia de proibicionismo e sua versão *hard*, a guerra às drogas, conforme debatido neste artigo. Contudo, é importante pensar um pouco mais sobre de que fracasso falamos. Enfim, a

guerra às drogas é muito bem-sucedida se considerarmos o propósito ao qual ela efetivamente se destina.

Figura 5 – Foto tirada na Rua Icaraí, Santo André. Setembro de 2006



Fonte: autora.

A respeito desse assunto, é interessante lembrar que os regimes internacionais são resultado de pactuações entre Estados soberanos sobre determinada questão e estão inscritos como as estratégias de *soft power*, ou seja, a capacidade de um Estado influenciar outro a se alinhar aos seus valores por meio do exemplo. Nessa estratégia, o Estado utiliza vários recursos, como cinema, música, ideologia e propaganda para moldar gostos e preferências.

Entretanto, como todo o sistema criado para evitar novos conflitos, como as Nações Unidas, é lá que a política proibicionista é criada e fiscalizada, tornando-se um meio de assédio e constrangimento de Estados que osem flexibilizar, sob pena de sofrer intervenções. O advento da ONU depois da Segunda Guerra ampliou a capacidade de articulação dos EUA nessa disputa por corações e mentes no embate da Guerra Fria. Ainda podemos observar a presença de velha política do *big stick* (grande porrete), sempre prontificada para deixar as coisas no seu devido lugar, recorrendo ao *hard power* sempre que seus interesses estejam ameaçados.

Fazendo uma digressão, pensando no modelo assistencial, a RD se orienta por princípios humanistas e pragmáticos, pois reconhece que a relação dos seres humanos com drogas é histórica e que nenhuma lei vai impedir que continue existindo, opondo-se à violência dispensada aos usuários. No campo do pragmatismo político, por sua vez, o alinhamento às forças políticas que fazem dura oposição a esse modelo aparece quase como que inevitável, mesmo fatalista, considerando que hoje, mais do que antes, sabemos quem são, o que querem e ao que estão dispostos. Evidentemente, reconhecemos que esses grupos não são homogêneos e que existem exceções, mesmo que raras.

Falando em pragmatismo, os próprios relatórios anuais do UNODC (2022) trazem números que invalidam a sustentação das interdições que defendem. Divulgado em junho de 2022, com dados de 2020 sobre o número de pessoas que usaram drogas, o *release* do escritório informou que houve um aumento de 26% em relação há dez anos.

Embora alguns avanços tenham acontecido em governos do Partido dos Trabalhadores, o investimento na construção de um consenso sobre a questão na instância partidária, como princípio e diretriz, nunca foi um investimento avaliado como estratégico. As lutas eram e são travadas por militantes de diversas políticas públicas e que também eram membros do partido, sem, contudo, ganhar organicidade.

Uma das narrativas que mais se explorou na disputa sobre o modelo assistencial envolveu as “evidências científicas”, cobradas pelos setores conservadores para explicar quais argumentos sustentavam a política de drogas baseada nos princípios de diretrizes da Reforma Psiquiátrica, do SUS e da RD. Afirmava-se que o país vivia uma epidemia e precisava repensar o modelo das comunidades terapêuticas. Essas alegações eram fundamentadas numa pesquisa realizada pelo Ipea, que acentuou que 80% dos usuários de drogas do país eram atendidos por essas instituições.

Enfim, a Lei n. 11.343 (Brasil, 2006) permitiu a entrada dessas instituições no orçamento, inicialmente com a contratação de leitos de acolhimento, como relatado anteriormente, estimulando a busca por cada vez mais recursos, mas não apenas. Essas entidades se constituíram como um grupo político com poder econômico, que pleiteia instituir a fé como política pública ao arrepio da Constituição.

Embora hoje tenhamos um acervo muito mais robusto de pesquisas nas diversas áreas de estudos dos temas apresentados neste trabalho, além das experiências levadas a termo no cotidiano de diversos serviços, grupos e movimentos, não vemos esse acervo de conhecimento ter a atenção devida, a despeito da relevância do tema. Nesse contexto, vale lembrar a postura de Richard Nixon, que, ao encomendar um estudo sobre o perigo da

maconha para a juventude, não teve a comprovação que esperava, mas ainda assim declarou as drogas como o inimigo público número um e que precisava ser combatido.

A mesma situação se repete ainda hoje, diante de inúmeras evidências que comprovam que o modelo apresentado como solução da questão não trouxe os resultados anunciados, por exemplo, a declaração onipotente das Nações Unidas, no encontro “Um mundo livre de drogas é possível”, em 1998, é aceita por todos os países-membros, o que é um delírio.

O que podemos testemunhar, na realidade, é que a criminalização potencializa a vulnerabilidade dos usuários ao obrigá-los a entrar em contato com os traficantes. Logo, o proibicionismo promove a cadeia de atividades criminosas.

A interdição da cadeia produtiva de drogas leva toda e qualquer pesquisa a um resultado impreciso e, pensando que uma das estratégias da guerra é confundir o inimigo, talvez seja esse mesmo o objetivo, manter na sombra o que é importante e jogar luz no que interessa a determinadas pessoas e grupos.

Então, como cumprir uma agenda de defesa dos direitos humanos, considerando os pressupostos constitucionais, em parceria com instituições que claramente se posicionam em oposição a qualquer proposta que considere o reconhecimento da diversidade humana e sua histórica relação com as drogas? Como promover e sustentar condições mínimas de vida em meio à guerra?

A equidade é uma das variáveis que mitigam todo o mal-estar produzido pela guerra, mesmo encontrando limites na possibilidade de realizar uma mudança que efetivamente proteja as pessoas, as comunidades e a sociedade como um todo. É na relação que urdimos possibilidades terapêuticas, no reconhecimento da humanidade das pessoas, trabalhadores e usuários, é assim que temos a nossa melhor resposta, sem o recurso da violência. Desse modo, o imperativo ético é não atuar com o julgamento das pessoas, portanto, não é possível se orientar pelo paradigma proibicionista.

Diante de tamanho desafio, vale acentuar a frase da mestra Maria da Conceição Tavares em uma de suas aulas:

“[...] Estamos lutando por hegemonia? Imagine!  
Estamos lutando apenas para não ficar malucos  
Para não dizer besteira demais, para não contribuir  
Com nossa gota de fel para um veneno alheio.  
Tomemos nossa cicuta com tranquilidade”.



## REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. *Estado de exceção*. Tradução: Iraci D. Poletti. São Paulo: Boitempo, 2004. (Coleção Estado de Sítio)
- ALMEIDA, E.; ANCASSUERD, M. P.; NAKANO, M. Novas e velhas questões na proposta de organismos específicos de gestão de políticas públicas para os jovens: um estudo dos casos de Santo André e São Caetano do Sul. In: ALMEIDA, E.; ANCASSUERD, M. P.; NAKANO, M. *Espaços públicos e tempos juvenis: um estudo de ações do poder público em cidades de regiões metropolitanas brasileiras*. São Paulo: Global, 2007. p. 231-276.
- ALVARENGA, R.; SILVEIRA, J. I.; TEIXEIRA, D. S. G. Política de drogas no Brasil no cenário de violações aos direitos humanos. *Argum*, Vitória, v. 10, n. 3, p. 123-136, ago./dez. 2018.
- ANASTACIO, L. P. F. *Governo das condutas: técnica e reflexão em Foucault*. 2017. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – FFLCH (USP), São Paulo, 2017.
- BALLOUSSIER, A. V. Comunidades terapêuticas não terão mais órgão exclusivo no governo Lula. *Folha de S.Paulo*, 23 maio 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/05/comunidades-terapeuticas-nao-terao-mais-orgao-exclusivo-no-governo-lula.shtml>. Acesso em: 25 ago. 2023.
- BRAGANÇA, D. A.; GUEDES, J. M. S. O declínio estadunidense e a guerra às drogas. *Aurora*, Marília, v. 11, n. 1, p. 67-78, jan./jun. 2018.
- BRASIL. *Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, cria seu Comitê Gestor e dá outras providências. Brasília, 2010a.
- BRASIL. *Decreto n. 7.637, de 8 de dezembro de 2011*. Altera o Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. Brasília, 2011.
- BRASIL. Dependência química: crack assusta e revela um Brasil despreparado. *Revista em Discussão!*, Brasília, a. 2, n. 9, ago. 2011. Disponível em: [http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/Upload/201104%20%20agosto/pdf/em%20discuss%C3%A3o!\\_agosto\\_2011\\_internet.pdf](http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/Upload/201104%20%20agosto/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_agosto_2011_internet.pdf). Acesso em: 25 ago. 2023.
- BRASIL. *Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm). Acesso em: 25 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, 2010b. 48 p.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Formação e intervenção. Brasília, 2010c. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS, v. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas*: Guia AD. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2. ed. rev. ampl. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Núcleo Técnico da Política Nacional da Humanização. *HumanizaSus*. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. *Boletim de Análise Político-Institucional – Política de Drogas*, 18. Brasília, 2018.

BRASIL. *Portaria n. 1.190, de 04 de junho de 2009*. Institui o plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento de prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Diário Oficial da União. Brasília, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. *Legislação e política sobre drogas*. Brasília, 2008.

BÜCHELE, F.; DIMENSTEIN, M. D. B. (orgs.). *Curso de atualização em álcool e outras drogas: da coerção à coesão*. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. Disponível em: <https://unarus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/files/2015/03/M%C3%B3dulo-6.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

CARVALHO, S. *A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06*. 7. ed. rev., atual. e ampliada. São Paulo: Saraiva, 2014.

CAVALCANTI, J. Menos moralismo e mais cuidado com as pessoas é o foco da política de drogas do governo Lula. *Marco Zero*, 3 jul. 2023. Disponível em: <https://marcozero.org/menos-moralismo-e-mais-cuidado-com-as-pessoas-e-o-foco-da-politica-de-drogas-do-governo-lula/>. Acesso em: 25 ago. 2023.

COMISSÃO diz que guerra contra drogas no mundo fracassou e defende mercado regularizado. *BBC News Brasil*, 1º jun. 2011. Disponível em: [https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/06/110601\\_relatorio\\_drogas\\_rp](https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/06/110601_relatorio_drogas_rp). Acesso em: 25 ago. 2023.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (CNM). *Observatório do crack: a visão dos municípios brasileiros sobre a questão do crack*. Brasília, 2012.

DARDOT, P. L. C. *A nova razão do mundo*. Tradução: Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVID, E. C.; MARQUES, A. L. M.; SILVA, F. F. L. Redução de danos e racismo. In: SILVA SURJUS, L. T. L.; SILVA, P. C. *Redução de danos: ampliação da vida e materialização de direitos*. São Paulo: Unifesp/Univesp, 2019. 200 p.

DAVIS, A. *Estarão as prisões obsoletas?* Tradução: Marina Vargas. Rio de Janeiro: Difel, 2018.

DUARTE, D. F. Uma breve história do ópio e dos opioides. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 55, n. 1, p. 135-146, 2005.

DUARTE, P. C. A. V.; STEMPLIUK, V. A.; BARROSO, L. P. *Relatório Brasileiro sobre Drogas*. Brasília: Secretaria da Saúde, 2009. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/Relat%C3%B3rio\\_Brasileiro\\_sobre\\_Drogas.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/Relat%C3%B3rio_Brasileiro_sobre_Drogas.pdf). Acesso em: 25 ago. 2023.

ESCOHOTADO, A. *Las drogas: de los orígenes a la prohibición*, Madrid, Alianza, 1994. 96 p.

FARBER, D. *The war on drugs*. New York University Press, 2002. p. 64-91.

FERNANDES, C. Guerras do ópio. *Brasil Escola*, 2023. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/historiag/guerras-do-opio.htm>. Acesso em: 28 ago. 2023.

FOUCAULT, M. *Ditos e escritos II: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. São Paulo: Forense Universitária, 2005.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no College de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 14. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Tradução: Roberto Machado. São Paulo: Graal, 2011.

FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica*. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. *Segurança, território e população*. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução: Raquel Ramallete. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008c.

FRAGA, P. C. P. *Crimes, drogas e políticos*. Ilhéus: Editus, 2010.

GUEDES, J. C. C. S.; CARVALHO, É. R. *Influência das políticas estadunidenses de guerras às drogas nas políticas brasileiras de combate ao narcotráfico*. 2020. Trabalho de Conclusão (Graduação em Direito) – Universidade Católica de Salvador, Salvador, 2020. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/1619/1/TCCJANAINAGUEDES.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu, Situando diferenças*, v. 5, p. 7-41, 1995.

HARNER, M. El rol de las plantas alucinógenas en la brujería europea. In: HARNER, M. (org.). *Alucinógenos y xamanismo*. Madrid: Guadarrama, 1972. p. 138-160.

HENNA, E. S. *et al.* Rede de atenção à saúde mental de base comunitária: a experiência de Santo André. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 18, n. 1, p. 16-26, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v18n1/04.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

INOUE, L. *et al.* Percepções de vida e perspectivas de futuro de usuários de drogas: compreender para cuidar. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 15, n. 2, p. 52-59, ago. 2019.

JABUR, G. Custo de bem-estar da guerra às drogas corresponde a R\$50 bilhões por ano, revela estudo do Ipea. *Ipea*, 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13814-custo-de-bem-estar-da-guerra-as-drogas-corresponde-a-r-50-bi-por-ano>. Acesso em: 25 ago. 2023.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 127 p. (Saúde e Loucura: 20. Políticas do Desejo)

LANCETTI, A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec, 2015.

LEMONS, F. C. S. *et al.* Governamentalidades neoliberais e dispositivos de segurança. *Revista Psicologia & Sociedade*, v. 27, n. 2, p. 332-340, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/Xgxy5XhRFSqtVVbBYmXpWCR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2023.

MAKARENKO, A. S. *Poema pedagógico*. Tradução: Tatiana Belinky. São Paulo: Brasiliense, 1985.

MASUR, J.; CARLINI, E. *Drogas: subsídios para uma discussão*. São Paulo: Brasiliense, 1993. 114 p.

MATTOS, M. J. S. Crack e políticas públicas: análise sobre a formação da agenda do programa “Crack, é possível vencer”. São Paulo: Ipea, 2017. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8242/1/ppp\\_n49\\_crack.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8242/1/ppp_n49_crack.pdf). Acesso em: 25 ago. 2023.

M'BEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo: n-1 edições, 2020.

MORGAN, H. W. *Drugs in America: a social history 1800-1900*. New York: Syracuse University Press, 1982. 233 p.

MUSTO, D. *The American disease: origins of Narcotic Control* Oxford. São Paulo: Oxford University Press, 1987. 400 p.

NERY FILHO, A. Prefácio. In: SILVA SURJUS, L. T. L.; SILVA, P. C. (orgs.). *Redução de danos: ampliação da vida e materialização de direitos*. Unifesp, 2019.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F. (orgs.). *Guia do Projeto Consultório de Rua*. Brasília: Senad; Salvador: Cetad, 2011.

OLIEVENSTEIN, C. *A droga: drogas e toxicômanos*. São Paulo: Brasiliense, 1984. 144 p.

OLIVEIRA, I. C. B. C. *et al.* Eu sei que eu sou bonita e gostosa: o empoderamento de mulheres prostitutas como prática educativa no estágio supervisionado do curso de Pedagogia da Uepa. CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 6., Belém (PA), Universidade Estadual de Belém do Pará, Belém, 2019.

OLIVEIRA, M. G. P. N. *Consultório de rua: relato de uma experiência*. Instituto de Saúde Coletiva. UFBA: Salvador, 2009.

PERLONGHER, N. A produção do êxtase no circuito da droga. CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE TOXICOMANIAS, 2., São Paulo, Mimeo, 1987. 16 p.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A. Saúde e Desenvolvimento: A Agenda do Pós-guerra. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2010. Disponível em: [https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap\\_5.pdf](https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap_5.pdf). Acesso em: 25 ago. 2023..

PREFEITURA de Santo André reforça combate às drogas com novo projeto: cidade será a segunda do país a aderir ao programa do Governo Federal. *Metodista*, 2015. Disponível em: <http://www.metodista.br/rroonline/noticias/saude/2015/04/prefeitura-de-santo-andre-reforca-combate-as-drogas-com-novo-projeto>. Acesso em: 22 fev. 2023.

RAMMINGER, T.; SILVA, M. (orgs.). *Mais substâncias para o trabalho em saúde para usuários de drogas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/mais-substancias-para-o-trabalho-em-saude-com-usuarios-de-drogas-pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

REVEL, J. *Foucault, une pensée discontinu*. Paris: Mille et une Nuits/Fayard, 2010.

RODRIGUES, R. C. A guerra às drogas como analisador da sociedade de segurança e do neoliberalismo no contemporâneo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 70, n. especial, p. 34-45, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v70nspe/04.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

SANTOS, S. M. A. O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. *Plural – Revista de Ciências Sociais*, v. 24, n. 1, p. 214-241, 2017.

SÃO PAULO (Estado). *Protocolo de intenções*. [s.d.]. Disponível em: <https://www.consorcioabc.sp.gov.br/public/admin/globalarq/cria/documento-auxiliar/3e2a7fb3d0b5b9fdf5bde1fad0493e80.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

SCHEERER, S. Estabelecendo o controle sobre a cocaína (1910-1920). In: BASTOS, F. I.; GONÇALVES, O. D. (orgs.). *Drogas: é legal? Um debate autorizado*. Rio de Janeiro: Imago, 1993. p. 169-192.

SILVA, A. N.; LIMA, P. G. C.; TEIXEIRA, L. S. *Impacto econômico da legalização da cannabis no Brasil*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016. Disponível em: <https://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/27999>. Acesso em: 25 ago. 2023.

SILVA, S. M. *A unidade de redução de danos do município de São André: uma avaliação*. 2008. São Paulo, 2008. Tese (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-03092008-121038/pt-br.php>. Acesso em: 25 ago. 2023.

SIMÕES, T. R. B. A. *et al.* Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de construção de consenso. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 963-975, jul./set. 2017. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0963.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0963.pdf). Acesso em: 25 ago. 2023.

TEIXEIRA, L. S. *Impacto econômico da legalização das drogas no Brasil*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016. Disponível em: <https://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/29860>. Acesso em: 25 ago. 2023.

TIBIRICA, V. A.; LUCHINI, E. P. M.; ALMEIDA, C. S. Perspectiva do usuário de drogas sobre seu tratamento e a rede de atenção psicossocial. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 15, n. 4, 2019.

TORCATO, C. E. M. *A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República*. 2016. 371 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em História Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

UNODC. *Relatório Mundial sobre Drogas 2022*. Viena, 2022. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2022/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2022-do-unodc-destaca-as-tendencias-da-pos-legalizacao-da-cannabis-os-impactos-ambientais-das-drogas-ilicitas-e-o-uso-de-drogas-por-mulheres-e-jovens.html>. Acesso em: 25 ago. 2023.

UNODC. *Relatório Mundial de Drogas 2023*. Viena, 2023. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2023/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2023-do-unodc-alerta-para-a-convergencia-de-criises-e-contnua-expanso-dos-mercados-de-drogas-ilicitas.html>. Acesso em: 25 ago. 2023.

VARGAS, E. V. Drogas: armas ou ferramentas? In: MINAYO, C.; COIMBRA, C. (orgs.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 587-608.

VARGAS, E. V. *Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de “drogas”*. UFMG: Belo Horizonte, 2001. 600 p.

VECCHIA, M. D. *et al.* Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas->

experiencias-e-pesquisas-em-saude/drogas-e-direitos-humanos-reflexoes-em-tempos-de-guerra-as-drogas-pdf. Acesso em: 25 ago. 2023.

VENTURINI, E.; DE MATTOS, V.; OLIVEIRA, R. T. *Louco infrator e o estigma da periculosidade*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2016.

WACQUANT, L. *As prisões da miséria*. Tradução: André Telles. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ZACCONE, O. *Indignos de vida: a forma jurídica da política de extermínio de inimigos na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2015.