

ARTIGO

Redução de danos no atendimento a sujeitos em situação de rua

Harm Reduction in Care to Homeless People

Robson de OLIVEIRA¹

Simone Sobral SAMPAIO²

Wagner Souza SALDANHA³

Resumo: Este artigo apresenta a redução de danos (RD) como uma estratégia para o atendimento a sujeitos em situação de rua. Para tanto, apoia-se no método da pesquisa-ação tendo como ponto de partida a empiria do cotidiano profissional e a experiência de seus autores na efetivação dessa proposta no âmbito de um Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). O artigo compõe ainda uma caracterização sobre a população de rua enquanto fenômeno estritamente atrelado ao modo de produção capitalista, investiga a constituição histórica da RD e avalia sua pertinência para o atendimento a esse segmento. Por fim, as conclusões evidenciam a importância dessa estratégia principalmente por compreender o consumo de substâncias psicoativas (SPA) como uma relação, não restringindo essa experiência a um tipo de patologia ou imoralidade dos sujeitos.

Palavras-chave: População em situação de rua. Redução de danos. Prática profissional.

Abstract: This article presents the Harm Reduction (HR) as a strategy to provide care to homeless street people. For that, it uses the action research method and focuses on the everyday empirical professional practice and the experience of the authors to carry out this proposal based on a Specialized Service Center for Homeless People. The article also shows a characterization of homeless street people as a phenomenon strictly related to capitalist mode of production, investigates the historical constitution of HR and assesses its relevance to provide care to this social group. Finally, the conclusions point out the importance of this strategy mainly because the use of Psychoactive Substances (PAS) is understood as a relation, not narrowing this experience to a type of disease or immorality of individuals.

Keywords: Homeless people. Harm reduction. Professional practice.

Submetido em: 19/7/2015. Aceito em: 24/8/2015.

¹ Assistente Social. Doutorando em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). E-mail: <robbit86@gmail.com>.

² Assistente Social. Pós-Doutora pela Université Paris XII (França). Professora Associada da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). E-mail: <simonessamp@gmail.com>.

³ Psicólogo. Assistente em Administração da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA, Brasil). E-mail: <saldanhasw@gmail.com>

Introdução

No ano de 2014, foi apresentada na Câmara de Vereadores do município de Florianópolis o Projeto de Lei nº 15.909/2014, de autoria do vereador Deglaber Goulart, que visava instituir a internação compulsória de indivíduos reconhecidos como dependentes químicos tendo como alvo principal dessa lei sujeitos em situação de rua classificados como “[...] pessoas sem autonomia da vontade.” (CÂMARA MUNICIPAL, 2014). Durante debate em audiência pública houve ampla participação de movimentos sociais, sujeitos em situação de rua e técnicos da própria prefeitura de Florianópolis que, contrários a essa proposta, conseguiram arquivar o projeto de lei. (PSTU, 2014). Ainda em 2014, a Câmara Dirigente Lojista (CDL) de Florianópolis apresentou a campanha “Não dê esmola, dê oportunidade” para instruir a população em geral sobre como lidar com sujeitos em situação de rua. Com a apresentação de informações sobre a rede socioassistencial, a ênfase estava, todavia, voltada à defesa da não concessão de alimentos ou dinheiro ao inferir que esse tipo de ação contribui à manutenção desse fenômeno sendo a permanência de tal quadro uma mera volição do sujeito e a internação para tratamento um meio de proteger os cidadãos da população de rua (CDL, 2014).

Esses dois casos ocorridos no segundo semestre de 2014 na capital catarinense expõem perspectivas que, oriundas de distintos setores, empertigam-se de um suposto discurso humanitário e, ao proporem “resgatar vidas” e “normalizar pessoas”, lançam mão de métodos higienistas e represores. O sujeito em situação de rua é enten-

dido, em ambos os casos, como um potencial criminoso e dependente químico, que deve ser tratado, preferencialmente, através de internação.

O artigo aqui apresentado aborda um tema complexo: o uso de substâncias psicoativas (SPA) por sujeitos em situação de rua e a forma como as políticas públicas podem ofertar respostas a isso sem reforçar processos de estigmatização. O principal referencial teórico para expor esse tema é a redução de danos (RD) como estratégia para o atendimento e acompanhamento desses sujeitos. O estudo aqui apresentado se apoiou sobre o método da pesquisa-ação⁴ tendo como elemento fulcral a experiência profissional de seus autores no âmbito de um Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), serviço da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), onde durante o ano de 2014 essa proposta foi desenvolvida.

Para isso será apresentada a constituição histórica da RD, alguns dos elementos legais e normativos que a reconhecem como estratégia para o atendimento a sujeitos que fazem uso de SPA e sua proposta de rom-

⁴ Tripp (2005, p. 445) define a pesquisa-ação como um tipo de investigação apoiada sobre a aproximação sistemática ao campo da prática pela investigação do agir. “Pesquisa-ação é uma forma de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática [...] Embora a pesquisa-ação tenda a ser pragmática, ela se distingue claramente da prática e, embora seja pesquisa, também se distingue claramente da pesquisa científica tradicional, principalmente porque a pesquisa-ação ao mesmo tempo altera o que está sendo pesquisado e é limitada pelo contexto e pela ética da prática. (TRIPP, 2005, p. 447)”.

per com apreensões que moralizam e criminalizam o consumo. A forma como a RD pode contribuir com o atendimento desse segmento apoia-se sobre a caracterização da população em situação de rua desde o preconizado pela PNAS e também em pesquisas oriundas da academia que adensam a leitura contemporânea sobre esse fenômeno – priorizando aqui apreensões críticas que o atrelam diretamente ao modo de produção capitalista.

As conclusões apontam, por fim, para a pertinência dessa proposta por considerar o consumo de SPA como uma relação exercida pelos sujeitos. Essa apreensão – mais do que mera mudança semântica de “dependência química” para “relação” – expressa um campo de possibilidades que, por não patologizar ou moralizar a experiência do uso de SPA, prima pelo respeito a autonomia dos sujeitos.

1 Redução de Danos e População de Rua

O consumo de drogas – isto é, substâncias que alteram o estado de consciência dos indivíduos – é uma constante na história das mais diversas sociedades. Formas de proibição do consumo constituem um tema que não é estranho, embora o perfil proibicionista que se apresenta contemporaneamente se diferencie das historicamente pregressas. Essas formas de proibição se voltavam à substância por meio de signos atrelados a elementos místicos e à noção de *status* agregado ao consumo.

No Peru, as folhas de coca eram um símbolo Inca, reservadas exclusivamente para a corte e outorgadas aos servos como prêmio. Na Roma pré-industrial, o uso do vinho era liberado aos homens maiores de

trinta anos, sendo que o costume admitia executar qualquer mulher ou homem mais jovem descobertos na proximidade de uma taverna. Na Rússia durante meio século, beber café foi um crime punido com tortura e mutilação de orelhas. Fumar tabaco causava excomunhão entre católicos e a amputação de membros na Turquia e Pérsia (ESCOHOTADO, 1997, p. 27).

As políticas proibicionistas, que sofreram acentuada intensificação no último século e meio, vinculam-se ao binômio legalidade/ilegalidade e, em seu cerne, à valorização que ofertam ao capital, por via, principalmente, da indústria de segurança e farmacêutica. Esse binômio influencia a produção, comércio e consumo e apoia-se, principalmente, no discurso biomédico – com o consumo de SPA classificado como prejudicial à saúde – bem como em ações vinculadas à segurança pública, que remetem a operações militares – como a “tolerância zero” ou “guerra as drogas” – e objetivam a criminalização dos usuários de SPA (WACQUANT, 2011).

Rosa (2014) classifica três tipos de ações, que objetivam agir sobre as SPAs. A *redução da oferta*, que se propõe a agir sobre plantações e princípios ativos com destruição e erradicação da matéria-prima usada na produção, incluindo-se ainda o combate à lavagem de dinheiro, controle acerca da produção, comercialização e criminalização do uso. A *redução da demanda*, com ações e estratégias direcionadas ao consumo, objetivando a diminuição ou o abandono do uso pelos identificados como dependentes ou usuários com foco no tratamento desses sujeitos. E, por fim, a *redução de danos*, que

não objetiva agir diretamente sobre a demanda ou redução da oferta, propondo-se à desestigmatização e descriminalização dos usuários e, para isso, executa ações voltadas à prevenção e cuidado do que pode se constituir enquanto danoso no uso de SPA.

Foi em um relatório publicado na Inglaterra, no ano de 1926, que se começou a delimitar a RD. O Relatório de Rolleston escrutinava a possibilidade de o médico prescrever de forma legal substâncias que, derivadas do ópio, poderiam auxiliar sujeitos identificados como dependentes químicos. Essa ação foi apreendida não no sentido de uma “gratificação” ou insumo à dependência química, mas como parte do tratamento ao paciente (ROSA, 2014).

Durante a década de 1980 a RD assumiu um caráter de movimento político internacional como resposta à emergência do HIV/AIDS. Operando essencialmente no campo da saúde – por meio da troca de seringas e prescrição médica – buscavam-se ações junto aos identificados como dependentes químicos que estivessem em risco de contaminação. Essas ações, iniciadas nos Países Baixos, Reino Unido e Austrália, fundamentaram a RD como ação voltada à minimização das consequências do consumo de SPA e culminaram no reconhecimento de sua importância para a saúde pública. No Brasil as políticas de RD tiveram início em 1989 na cidade de Santos, em São Paulo, com o movimento sanitário desenvolvendo ações com grupos marginalizados na cidade portuária. Desde as primeiras tentativas de implantação, a RD sofreu resistências e suscitou polêmicas com autoridades do poder público, culminando em acusações que classificaram as ações como facili-

tadoras do consumo de drogas e desperdício de dinheiro público⁵ (PASSOS; SOUZA, 2011).

Em 1997 é promulgada a primeira lei de RD no Brasil, elaborada por Paulo Teixeira, deputado estadual pelo Estado de São Paulo e filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT); segundo Rosa (2014), essa lei tornou-se referência para diversas outras propostas que possuíam como prerrogativa o respeito à condição do sujeito identificado como usuário de SPA. Em 2003, as ações de RD deixaram de ser exclusivas dos programas de DST/AIDS para ser também uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e da Política de Saúde Mental. Posterior a isso, a Portaria nº 1.028 de 1º de julho de 2005 reconheceu a RD como conjunto de ações da política de Estado no Brasil e a vinculou, de forma interministerial, à política de assistência social (BRASIL, 2005). Ou seja, tal portaria aproxima, por via do discurso legalista do Estado, a possibilidade de ações vinculadas à RD serem implantadas e desenvolvidas na PNAS já que em seu artigo 8º infere que

[...] as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorra ou possa

⁵ “Santos vivia, nesse momento, uma das gestões municipais mais promissoras para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) através de práticas concretas que animariam o sentido de saúde democrática. Apesar desse cenário, aparentemente favorável a práticas progressistas de atenção e gestão em saúde, o então secretário municipal de saúde, David Capistrano, e o coordenador do programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita, sofrem uma ação judicial por adotarem a estratégia de Redução de Danos, acusados de incentivarem o uso de drogas.” (PASSOS; SOUZA; 2011; p. 156).

ocorrer o consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, ou para onde se reportem seus usuários. (BRASIL, 2005).

No que tange à população de rua a estruturação de políticas públicas a esse segmento é recente e ganhou impulso com a organização de movimentos da sociedade civil a partir dos anos 2000⁶. Os primeiros censos que objetivavam identificar essa população datam da segunda metade da década passada e as informações deslindadas permitiram a estruturação de serviços a esse segmento (SILVA, 2009). No censo realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) comparecem como grupo heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, vínculos familiares que se encontram fragilizados ou rompidos e a ausência daquilo que se convencionou como moradia regular; por esse motivo utilizam logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaços para reprodução de sua existência (moradia e sustento). A esses locais somam-se ainda as unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória

em equipamentos como albergues, casas de passagem e repúblicas (BRASIL, 2009).

Para Silva (2009), trata-se de um fenômeno oriundo de múltiplas determinações que, alocado no quadro societário, constitui-se como uma expressão da questão social materializada principalmente nos centros urbanos e que suscita na população em geral reações majoritariamente preconceituosas. Pode-se afirmar ainda que varia de acordo com o território e aspectos geopolíticos onde se manifesta e resulta naturalizado quando percebido de forma descontextualizada dos processos macrosociedadeiros.

Há outros aspectos que podem ser mais bem deslindados; dentre eles, a relação que alguns detêm com o consumo de SPA. Em pesquisa publicada em 2008, pelo MDS, apresentou-se o seguinte dado: 35,5% dos sujeitos identificavam como razão para sua situação de rua o uso de SPA (álcool e outras drogas) (BRASIL, 2008). Somado a isso é necessário considerar ainda o processo de “rualização” que se refere ao movimento que organiza os meios como, gradativamente, os sujeitos vinculam de maneira estrita a reprodução de sua existência à rua, a elaboração de estratégias de sobrevivência e construção de vínculos nesse espaço. A “rualização” resulta também no gradativo distanciamento de referências junto a vida pregressa do sujeito. Esses dois elementos – a “ida à rua” e o “afastamento do lar” – resultam, muitas vezes, no início ou intensificação do uso, o que atesta a demanda por tratamento adequado para interrupção ou controle da relação com a SPA (SNOW; ANDERSON, 1998).

⁶ O Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) organizou uma coordenação nacional em setembro de 2005 durante o IV Festival Lixo e Cidadania realizado em Belo Horizonte (MG), garantindo assim representatividade política nas disputas pelo desenvolvimento, implantação e execução das políticas públicas. Além do MNPR, é necessário mencionar a importância do Movimento Nacional de Catadores de Materiais Recicláveis, bem como as Pastorais da População de Rua pelo apoio a organização de uma agenda de lutas que contempla essa população anterior à organização política do MNPR (SILVA, 2009).

Cabe entender que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na configuração do Sistema Único de Saúde (SUS) são equipamentos privilegiados para o desenvolvimento de ações orientadas pela RD, porém, ao longo de sua implementação os CAPS destinaram pouca atenção ao tratamento de usuários de SPA, já que seu foco foi direcionado para as doenças mentais. Esse quadro mudou significativamente com a criação da modalidade CAPS – Álcool e Drogas (CAPSAD) e a publicação da Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (ROSA, 2014).

Paralelo a isso, diante da ausência de investimentos públicos na área de tratamento destinado a usuários de SPA, a partir da década de 1980 passou a se desenvolver um modelo de atendimento em comunidades terapêuticas (CTs), vinculadas majoritariamente às igrejas de religião católica e evangélica, que adotam uma direção em que o uso de SPA é uma questão moral e espiritual que deve ser tratada com apoio de regras rígidas e isolamento. Essa proposta não coaduna com a que deve ser ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio dos CAPS-AD, dos hospitais gerais e dos consultórios de rua, conforme deliberado e explicitado nos documentos finais da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), na XIV Conferência Nacional de Saúde (2011) e, especialmente, na Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) (CFESS, 2014).

Há uma complexificação desse quadro pela permanência dos tratamentos em CTs via convênios com o poder público em detrimento de investimentos na rede de saúde mental como preconizado pelo SUS. Isso é

identificável na região metropolitana de Florianópolis⁷, onde os principais municípios não possuem parte dos serviços da política de saúde mental estruturados, sendo que em alguns casos o financiamento às CTs ocorre via fundo gestado pelo Conselho Municipal da Assistência Social (SÃO JOSÉ, 2013). Já no cenário nacional a perspectiva de triplicação dos recursos destinados às CTs no ano de 2015 acena para a manutenção e ampliação desse “filão social” em detrimento da oferta de serviços em CAPS e ambulatórios de rua (MORAES, 2015).

Concomitante a isso há os relatos dos usuários que expressam não apenas a falta de confiança em serviços do poder público ou organizações conveniadas ao Estado como ainda em suas trajetórias a detenção de exemplos de descaso e violência institucional perpetradas contra eles em hospitais, unidades básicas de saúde, CAPS, CTs, delegacias, casas de passagem e casas de caridade. Isso contribui muitas vezes com a resistência em aceitar encaminhamentos a esses espaços (FRAGA, 2011; SARMENTO, 2015).

Sendo o Centro POP um equipamento de referência a essa população, foi identificada, pela equipe técnica, a necessidade de conhecimento sobre elementos diversos que atravessam a reprodução da existência desses sujeitos, o que inclui as especificidades das SPAs, a singularidade nas experiências

⁷ A Região Metropolitana de Florianópolis é composta por um conjunto de nove municípios: Florianópolis, São José, Palhoça, Biguaçu, Santo Amaro da Imperatriz, Governador Celso Ramos, Antônio Carlos, Águas Mornas e São Pedro de Alcântara (SANTA CATARINA, 2010).

de consumo para os sujeitos, o perfil proibicionista sobre as drogas que vigora contemporaneamente e – o mais importante – como proceder no atendimento sem reproduzir modelos de cunho patológico ou moralizante sobre o sujeito que faz uso de SPA.

A adoção da RD como estratégia ao atendimento ofertou orientações diversas acerca desses elementos e contribuiu para a construção de relações horizontais entre equipe técnica e usuários do serviço, algo que será mais bem deslindado no próximo item.

2 A Experiência da Redução de Danos no âmbito de um Centro POP

Uma das principais orientações oriundas da RD ao atendimento de sujeitos que fazem uso de SPA é o respeito às escolhas por parte do sujeito sobre o consumo. Isso se dá pelo reconhecimento de que a interrupção ou manutenção do uso não se apoia sobre uma decisão técnica arbitrária.

A redução de danos, com suas raízes filosóficas no pragmatismo e sua compatibilidade com uma abordagem de saúde pública oferece uma alternativa para os modelos moral e de doença. Diferentemente dos proponentes do modelo moral – que veem o uso de droga como ruim ou ilegal e defendem a redução da oferta (via proibição e punição) –, os defensores da redução de danos desviam a atenção do uso de drogas em si para as consequências ou para os efeitos do comportamento do aditivo. [...] A redução de danos aceita o fato concreto de que muitas pessoas usam drogas e apresentam outros comportamentos de alto risco, e que visões idealistas de uma sociedade livre de drogas não

tem nenhuma chance de tornarem-se realidade. (MARLATT, 1999, p. 46).

A RD permite gestar alternativas a partir de uma relação dialógica, a partir do reconhecimento do quadro de uso pelo usuário e técnico sem necessariamente obrigar o abandono enquanto condicionalidade para o atendimento, mas propondo estratégias conjuntamente. Não ignora o aspecto prejudicial do uso de SPA, mas reconhece que interromper o uso é um processo gradativo que envolve diferentes decisões para além da abstinência total.

Enquanto a abstinência está articulada com uma proposta de remissão do sintoma e da cura do doente, a proposta de reduzir danos possui como direção a produção de saúde, considerada como produção de regras autônomas do cuidado de si. No caso da RD, a própria abstinência pode ser uma meta a ser alcançada, porém mesmo nesses casos trata-se de uma meta pactuada, e não de uma regra imposta por uma instituição. As regras da RD, mesmo a abstinência, são imanentes à própria experiência e não se exercem de forma coercitiva, enquanto regras transcendentais. (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 160).

Comparece, então, o elemento-chave para a aplicação da RD no atendimento aos sujeitos em situação de rua. Em sua execução, na relação que fomenta entre técnico e usuário, a RD não vai requisitar para sua aplicação um sujeito normatizado e o objetivo da ação não será a busca por um sujeito normalizado (ROSA, 2014). É comum na oferta das políticas sociais a aplicação de condicionalidades, metas e compromissos a serem assumidos pelo usuário enquanto responsabilidade com o serviço e consigo

mesmo. Essa opção, pela criação de normas que identificam o sujeito exemplar e o desviante, pode justificar sua exclusão do serviço pelo não cumprimento dos acordos preestabelecidos pelo modelo de sujeito normatizado que cumpre as normas estabelecidas e condicionalidades para usufruto do serviço. No caso de o usuário cumprir com todas as metas idealmente atingiria o *status* de sujeito normalizado, que no âmbito do atendimento à população de rua é o sujeito que não faz mais parte da própria população em situação de rua. Esse apoio sobre a norma como orientador da relação entre técnico e usuário e, ainda, como um tipo de elemento que forneceria a validação do serviço, pode resultar na retirada do sujeito da rua por via de internação, concessão de passagem para retorno à cidade de origem e reingresso na família. Para Muñoz (2011), essas supostas soluções muitas vezes ignoram a complexidade do quadro em que o usuário se insere desde sua trajetória, passando pelas relações que mantém no espaço da rua, sua rede de apoio para além dos serviços públicos e quão disposto estaria a aderir a esse tipo de solução que objetiva, sucintamente, à mera remoção da rua sem a elaboração cuidadosa dos meios de manutenção para isso.

Para além da mera remoção, portanto, o serviço deve se ater à singularidade das condições e possibilidades da situação. Especificamente sobre o consumo de SPA isso irá possibilitar a elaboração de ações específicas que visem à redução no uso sem necessariamente buscar internação em uma CT, aderência a tratamento com remédios psicotrópicos e abstinência total. Para o técnico é necessário o discernimento de que a RD encara certos comportamentos conside-

rados irascíveis para a medicina como hábitos adquiridos sem indicá-los como efeito de uma doença, crime ou imoralidade do sujeito. Suscitam o desenvolvimento de meios adaptáveis com ênfase no apoio social e nas adversidades por meio de uma perspectiva mais integradora ao vincular o uso de SPA também aos estilos de vida do usuário (ROSA, 2014). Dessa forma, opõe-se a uma concepção de atendimento que objetiva enquanto meta principal sua institucionalização em equipamentos como hospitais psiquiátricos (modelo patológico) ou CTs (modelo moral-religioso).

Há situações que emergem nos atendimentos que permitem o desenvolvimento de um plano individual de acompanhamento para a RD, como, por exemplo, o reconhecimento do alto grau de consumo de SPA que o usuário faz. Os elementos que se atrelam a isso variam entre as atividades noturnas que desempenha e a substância como um elemento salutar para suportar trabalhos como de “flanelinha”, vigia de estacionamento e o recolhimento de material reciclado; contatos com alguma figura do passado, podendo ser um familiar, um antigo cônjuge ou patrão, o que costuma resultar em um profundo abalo pelo alto grau de vergonha que sentem por sua condição; não raras vezes ocorre a ação violenta tanto da polícia como de “cidadãos” que também cumprem um papel punitivo junto à população de rua. Outra forma menor de conflito é identificada com os próprios moradores de rua entre si. Após atestar a forma como o sujeito está lidando com o uso da SPA e elementos norteadores acerca disso é que ambos (usuário e técnico) podem começar a traçar meios e possibilidades para a redu-

ção do uso visando a garantir maior bem-estar, sobriedade e segurança.

A elaboração do plano individual de acompanhamento só é possível por meio de um importante princípio da RD, indicado por Marlatt (1999): o *pragmatismo empático*, que seria a construção de vínculos entre técnico e usuário. Para tanto, é necessária a ausência de juízos de valor sem apreensões e ações fundamentadas no idealismo moralista. O vínculo a ser desenvolvido não deve priorizar a superação do uso de SPA enquanto componente essencial ao atendimento, mas, de vislumbrar na particularidade daquela situação e atento às prioridades elegidas pelo usuário, de que forma se possa elaborar conjuntamente um plano que apresente metas, objetivos e ações sobre o consumo de SPA.

O plano de acompanhamento deve por isso assumir os distintos objetivos que o sujeito pode apresentar sobre a sua relação com a SPA, o que pode incluir o regramento acerca do consumo, por meio da eleição de dias e horários; de que forma será usada; em que local é mais seguro; o que evitar antes, durante e após o consumo para não se colocar em risco durante o efeito no sistema nervoso. A respeito do consumo do crack, o técnico orienta sobre a necessidade de ingestão de líquido não etílico antes e após o uso, dado o alto grau de desidratação que o consumo dessa substância causa. Quanto à maconha, evitar consumi-la sozinho e durante à noite, pelo efeito letárgico que seu consumo desencadeia, o que o deixaria muito mais susceptível e vulnerável a situações de risco ou violência. Dentro dessa proposta, pode-se incluir a entrega de material para consumo mais adequado, como cachimbo –

algo que evita as lesões por queimadura nos lábios e mãos. Essas ações nada mais são do que orientações norteadoras que servem para problematizar o uso e reconhecer-lo partindo da realidade vivenciada por esse sujeito.

Quando a demanda do usuário é pela interrupção do uso de alguma SPA, pode-se optar pela substituição ou utilização de outra, o que torna, muitas vezes, mais viável o abandono. Labigalini Junior (2000) a define como *migração no uso* e a executou em atendimento a “dependentes severos de crack” em que conseguiu suscitar a diminuição e posterior abandono dessa substância substituindo-a por maconha. Segundo relato do autor da pesquisa, isso ocorreu sem medicação para abstinência e se identificou ainda o efeito atenuante da maconha para os sintomas de fissura⁸ do crack. Essa *migração no uso* oferta um campo de possibilidades a serem traçadas pelo planejamento dos meios de transição. No âmbito do Centro POP contribuía para isso a própria condição dos sujeitos no processo. Ao perceber uma melhora em sua saúde, o ganho de peso e um maior nível de sobriedade a migração de substâncias de constituição densamente química para outras mais naturais se mostrava como um efeito gradativo e acessível, sendo que havia entre os sujeitos em sua organização o reconhecimento dessa estratégia e o encorajamento no interior do grupo para que outros comesçassem um acompanhamento com algum membro da equipe do Centro POP.

Todavia, um elemento presente no acompanhamento junto aos usuários que aderem

⁸ Anseio de obter a sensação do uso da SPA (ROSA, 2014).

à RD é a possibilidade de recaída. Essa recaída é entendida não como um retorno ao uso de certa SPA, mas como a perceptiva regressão dentro da proposta de acompanhamento elaborada por técnico e usuário. Cabe mencionar um acompanhamento realizado para a diminuição e posterior abandono do uso de crack. Ao longo de duas semanas o sujeito conseguiu diminuir o uso ao consumir em seu lugar maconha para atenuar os efeitos da fissura. Esse processo objetivava atingir um grau de sobriedade que o auxiliaria na organização de seus documentos e obtenção posterior de um emprego formal sem precisar acessar qualquer remédio psicotrópico ou internação voluntária em CTs. Ocorreu, durante um fim de semana, uma recaída, e quando questionado em atendimento sobre o que o teria impulsionado a consumir a “pedra” após duas semanas sem uso, relatou que estar sozinho era o mais difícil, que todos com quem tem contato no final de semana usam crack e se durante a semana ele conseguia permanecer no Centro POP com a equipe e em atividades do serviço, nos dias em que o serviço não funcionava a “pedra” era sua primeira companhia.

Eventos como esse requisitam a reavaliação entre técnico e usuário das estratégias do plano de acompanhamento. Todavia, algo imperativo é a não aderência a qualquer frustração ou suposto fracasso, mas compreender a recaída como um acontecimento que exigirá de ambos a reorganização do plano de acompanhamento.

Por fim, o tempo é um elemento a ser apreendido no acompanhamento ao sujeito que adere à RD. Por analogia, se reconhecemos que os serviços vinculados às políticas soci-

ais na execução demandam um tempo para sua consecução, o sujeito atendido também demanda seu próprio tempo para traçar metas e propor estratégias. Se o tempo do técnico é de “45 minutos de atendimento” para vislumbrar um cenário em que por via das políticas sociais se supera a situação de rua por meio de elementos como inserção no mercado de trabalho, reestruturação dos vínculos familiares e acesso a moradia regular, o tempo que o usuário tem para organizar aquilo que a PNAS vagamente denomina como “Novo Projeto de Vida” (BRASIL, 2009) é outro. Esse tempo envolve os percalços, os estigmas, as recaídas, as marcas no corpo e expectativas que de tão altas muitas vezes amedrontam aquele que deveria ansiá-las. Esse tempo urge o entendimento da integralidade desse sujeito, compreendendo-o inserindo em um sistema onde a contradição fundamental que a sustenta e reproduz não detém meios termos para ele, pois é extrema, restando a aridez da rua na “situação de rua” para a reprodução de sua própria existência.

Conclusão

É perceptível que um dos resultados da individualização cada vez maior no manejo à punição ao crime é a eleição de práticas sociais a serem criminalizadas, não apenas a partir do mercado e circulação de mercadoria que fomentam, mas também por intermédio dos sujeitos a qual se criminaliza nesse radial. Historicamente, as ações que objetivavam a redução da oferta de drogas desde meados da década de 1960 surtiram três tipos de efeitos: o aumento unitário no preço da mercadoria, fortalecimento dos monopólios e grandes comerciantes de drogas e, por fim, a submissão a alternati-

vas limítrofes entre os sujeitos que detêm uma relação de “dependência” mais agudizada com a SPA (FOUCAULT, 2008). Esse último aspecto representa, no interior da população de rua, a iminência de estratégias que se relacionam diretamente com o binômio crime e punição, o que acaba por reforçar estigmas já existentes.

A PNAS precisa ter nos técnicos que executam seus serviços a compreensão dos processos históricos que constituem os segmentos atendidos e no âmbito da população de rua isso é premente. A proposta de uma aproximação a preceitos da RD não mimetiza o consumo de SPA a essa condição, mas a indica como estratégia de ação no atendimento a quem se destina o serviço.

Possivelmente um dos elementos mais importantes da RD é a recusa por uma patologização do uso que remeta à medicina e psiquiatria. Tal elemento permite a renúncia a noções e termos como “dependente químico” e “drogado” para referir-se aos usuários de SPA, sendo que a utilização de tais termos por técnicos no âmbito da PNAS acaba por representar muito mais uma ineficiência por conjecturar uma confiança “racional”, ou apenas moral, a partir de uma suposta patologia que em essência representa juízos de valor e ocupa o lugar do que deveria ser uma apreensão integral do sujeito.

A experiência observada no Centro POP aponta para diferentes efeitos surtidos pela RD. Primeiramente a adesão ao plano individual de acompanhamento partia do usuário e se apoiava sobre o vínculo que esse detinha com o técnico que o acompanhava.

Essa referência era de suma importância, pois a possibilidade de construir conjuntamente esse processo não reforçava estigmas típicos do consumo de SPA.

Segundo, não há métrica que possa adequar às ações orientadas pela RD a um prisma de sucesso e fracasso. Ocorrem recaídas, abandonos do plano de acompanhamento e há sujeitos que se encontram tão debilitados por sua permanência na rua que a aderência a essa proposta em um primeiro momento é inviável. Havia, todavia, situações em que o usuário conseguia aderir à proposta e posteriormente abandonar o uso. Reorganizava seus documentos, ingressava no mercado de trabalho e aceitava ser encaminhado à casa de passagem municipal para conseguir posteriormente um local a ser mantido com sua renda.

E ocorriam também os retornos à rua. Usuários que após certa estabilização conseguiam um espaço fora das ruas para viver recebiam encaminhamentos para diversos outros serviços da PNAS, como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) do município, bem como a disponibilidade da equipe do Centro POP em atendê-los em decorrência, principalmente, do vínculo que detinham com o técnico. Era comum nesse retorno um misto de vergonha – pela recaída – mas também segurança – por reencontrar o técnico e o serviço para apoiá-los.

Essa proposta de atendimento e funcionamento do serviço só foi possível pelas opções assumidas e orientadas desde a RD e pela recusa da equipe técnica em aderir a uma noção de encaminhamento como ferramenta *deus ex-machina* às situações com-

plexas que se apresentavam direcionando as demandas para os serviços de saúde ou internações em CTs. Foi o posicionamento de assumir o serviço e a equipe como referência no atendimento a essa população que requisitou a compreensão do consumo de SPA não como uma patologia, crime ou imoralidade, mas como uma relação exercida pelo sujeito usuário do serviço.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.028, de 1º de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 16 jul. 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Pesquisa Nacional Sobre a população em Situação de Rua**. Brasília (DF), 2008. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmis/simula-ao/sum_executivo/pdf/sumario_24.pdf>. Acesso em: 5 out. 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Aprova a Tipificação de Serviços Socioassistenciais, Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resol

ucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf>. Acesso em: 5 out. 2015.

CÂMARA MUNICIPAL (Florianópolis). **Projeto de Lei nº 15.909/2014. Institui a Política Municipal de Internação Involuntária e Compulsória de Dependentes Químicos e dá outras providências**. Florianópolis, 2014. Disponível em: <<http://www.cmf.sc.gov.br/proposicao/PL-15909-2014>> Acesso em: 16 jul. 2015.

CDL (Santa Catarina). **Não dê esmola, dê oportunidade**. Florianópolis, 11 nov. 2014. <<http://www.cdlflorianopolis.com.br/noticia/nao-de-esmola-de-oportunidade-2932>> Acesso em: 16 jul. 2015.

CFESS. **Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas**: contribuições do CFESS para o debate. Brasília (DF), 28 nov. 2014. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>> Acesso em: 14 jan. 2015.

ESCOHOTADO, A. **O livro das drogas: usos e abusos, desafio e preconceitos**. São Paulo: Dynamis, 1997.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRAGA, P. **“A Rua de Todos”**: um estudo acerca do fenômeno população em situação de rua e os limites e possibilidades da rede de proteção no município de Florianópolis. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

LABIGALINI JUNIOR, E. O uso de cannabis por dependentes de crack: m exemplo de redução de danos. In: MESQUITA, F.; SEIBEL, S. (orgs.). **Consumo de drogas: desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MARLATT, G.A. Princípios básicos e estratégias de redução de danos. In: MARLATT, G. A. (org.). **Redução de danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MORAES, M. Comunidades Terapêuticas, política e religiosos = bons negócios. **Carta Capital**, São Paulo, 24 jun. 2015. Sociedade, Drogas. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/sociedade/comunidades-terapeuticas-politica-e-religiosos-bons-negocios-9323.html>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

MUÑOZ, J. (Des) Territorialização, População de Rua e o Trabalho de Assistentes Sociais. In: SEMINÁRIO NACIONAL O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO SUAS, 2009, Rio de Janeiro. [Anais...], Brasília: CFESS, 2011. p. 218-228.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PSTU. Por que somos contrários à internação involuntária e compulsória de dependentes químicos em situação de rua? Florianópolis, 2014. Disponível em: <<http://pstuf Florianopolis.blogspot.com.br/2014/12/por-que-somos-contrarios-internacao.html>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

ROSA, P. O. **Drogas e a governamentalidade neoliberal: uma genealogia da redução de danos**. Florianópolis: Insular, 2014.

SANTA CATARINA (Estado). **Lei Complementar Promulgada nº 495, de 26 de janeiro de 2010**. Institui as Regiões Metropolitanas de Florianópolis, do Vale do Itajaí, do Alto Vale do Itajaí, do Noroeste/Nordeste Catarinense, de Lages, da Foz do Rio Itajaí, Carbonífera, de Tubarão, de Chapecó, do Extremo Oeste e do Contestado. Disponível em: <http://200.192.66.20/alesc/docs/2010/495_2010_Lei_complementar_promulgada.doc> Acesso em: 16 jul. 2015.

SÃO JOSÉ (Município). Assistência Social assina convênios com entidades e empossa o Conselho Municipal Antidrogas. **Notícias**, 26 dez. 2013. Disponível em: <<http://www.saojose.sc.gov.br/index.php/sao-jose/noticias-desc/assistencia-social-assina-convenios-com-entidades-e-empossa-o-conselho-muni>> Acesso em: 05 out. 2015.

SARMENTO, R. S. M. **A assistência social à população em situação de rua: um estudo na cidade de Florianópolis (SC)**. Tese (Doutorado em Sociologia)-Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. Florianópolis, 2015.

SILVA, M.L.L. **Trabalho e População de Rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SNOW, D.; ANDERSON, L. **Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

WACQUANT, L. **As prisões da miséria**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.