

GÊNERO E DROGAS

Contribuições para uma atenção integral à saúde

Apoio

Ministério da Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites virais; United Nations Office on Drugs and Crime; Ford Foundation

Maristela Moraes
Ricardo Castro
Denis Petuco
Organizadores

**GÊNERO E DROGAS:
Contribuições para uma
atenção integral à saúde**

1ª edição

Recife/PE, 2011
Instituto PAPAI | Gema/UFPE



Recomendamos a reprodução, total ou parcial, desta obra, desde que não haja fins de lucro e que seja citada a fonte.
Licença: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/deed.pt>

Organização: Maristela Moraes, Mariana Azevedo, Ricardo Castro

Redação: Benedito Medrado, Dênis Petuco, Edna Granja, Edward MacRae, Jorge Lyra, Luana Malheiro, Maristela Moraes, Naide Teodósio, Rafael Gil Medeiros, Ricardo André Cecchin, Ricardo Castro, Rossana Rameh-de-Albuquerque, Sirley Vieira.

Revisão: Ana Roberta Oliveira

Projeto gráfico: Benedito Medrado

Agradecimento especial: à LASPAU/Harvard University/Kellogg Foundation (Leadership Fellowship Program), pela bolsa concedida à Maristela Moraes, contribuição expressiva para o fortalecimento do projeto Homens e Políticas Públicas, do Instituto PAPAI.

J97

Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde/ Maristela Moraes, Ricardo Castro, Dênis Petuco (Org.). Recife: Instituto PAPAI, 2010. (Série Homens e Políticas Públicas).

116p.; 16 X 23 cm.

ISBN

Inclui referências

1. Política – Democracia – Movimentos sociais. 2. Gênero – Sexualidade – Raça – Idade. 3. **Drogas** I. MORAES, Maristela. II. CASTRO, Ricardo. III. PETUCO, Dênis, IV. Título.

CDU 304.4

CIP-Brasil. Dados Internacionais de Catalogação na Publicação.
Bibliotecário responsável: Thiago Rocha (Instituto PAPAI) CRB 4-1493

APRESENTAÇÃO

Maristela Moraes, Ricardo Castro e Denis Petuco

Esta publicação é resultado de um processo coletivo de reflexão e produção sobre os temas de gênero e usos de drogas e tem como objetivo contribuir para promoção da integralidade na atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas, no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.

É um material que oferece textos e atividades práticas sobre distintos temas relacionados à atenção integral à saúde das pessoas que usam drogas, como uma forma de preparar para a adoção de um olhar de gênero sobre a questão. Ajuda a reconhecer especificidades de gênero que marcam as relações das pessoas com as drogas, assim como a compreender e transformar as práticas em saúde relacionadas e orientadas pelas construções de gênero.

Nosso foco último é a visibilização das questões de gênero relacionadas à socialização dos homens, fundadas em práticas e valores que ampliam a vulnerabilidade dessa população frente à infecção pelo HIV/Aids e outras doenças de transmissão sanguínea e sexual, à violência (como agentes ou vítimas) e às relações problemáticas com distintas drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Esperamos que tais reflexões possam contribuir para o desenvolvimento de outras políticas e planos de ação em saúde, outras práticas cotidianas sensíveis à abordagem de gênero e às especificidades dos homens nesses contextos de atenção à saúde.

Dirige-se a trabalhadores/as da saúde, educação e áreas com as quais dialogam, sejam gestores/as locais ou regionais, ou profissionais que atuam diretamente nos serviços.

Esta publicação integra uma série intitulada Homens e Políticas Públicas, desenvolvida pelo Instituto PAPAÍ em parceria com distintas organizações, e faz parte de um conjunto maior de publicações e ações que têm como foco a atenção integral aos homens na saúde.

Está composta por duas partes: uma inicial, formada por textos temático-políticos e outra, metodológico-política, que contém sugestões de atividades práticas para serem realizadas em distintos espaços de atuação de trabalhadores da saúde, educação e áreas com as quais se comunicam.

Esperamos que a leitura e utilização desse material sejam adequadas às necessidades dos/as trabalhadores/as para os/as quais está dirigida e que de fato possa contribuir para promoção de mudanças positivas na atenção integral à saúde das pessoas que usam drogas, especialmente os homens.

Sobre o conteúdo dos textos e das sugestões de atividades

Faz-se necessária uma breve explanação sobre o que leitores/as irão encontrar. O texto 1, Gênero e usos de drogas: por que é importante articular esses temas?, é o mais geral e focado no tema principal, ao qual se pretende estimular o olhar. Apresenta uma explanação inicial e sintética sobre o que se entende por Gênero e justifica a necessidade de utilizar tal abordagem em qualquer ação ou reflexão situada na complexidade da questão das drogas. Trata-se de um texto curto que pretende apresentar linhas gerais e bastante introdutórias sobre o tema, além de estimular a busca por outros conteúdos e materiais desse campo, que ainda está em construção.

O texto 2, Educação Popular em Saúde e o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas, foi produzido para marcar uma forma, um modo de entender e operar no campo da atenção às pessoas que usam drogas. Apresenta uma perspectiva fundamental sobre educação em saúde, utilizando os aportes da tradição popular freireana para, entre outras coisas, localizar a ação de redutores/as de danos como

mediadores/as culturais entre as pessoas que usam drogas e o campo político-reflexivo das drogas. É um texto muito importante para o conjunto da publicação, porque entendemos que não é possível partir para uma reflexão sobre práticas a partir do olhar de gênero, sem entender as bases dessas ações, onde estão ancoradas e o conjunto de sentidos construídos por elas.

O texto 3, “Álcool e outras drogas” na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: reminiscências de uma observação muito participante, foi “encomendado” por conta do momento histórico-político no qual se localiza a presente publicação. Trata-se de um ano crucial (2010) para quem está na Luta Antimanicomial, na defesa do SUS ou em qualquer esfera de diálogo entre a Saúde e outros campos: um ano de Conferência Nacional de Saúde Mental. Sendo assim, o texto é um relato de participação em um dos Grupos de Trabalho, que nos ajuda a entender como o tema das drogas está sendo e poderia ser tratado no nosso país, no que diz respeito às políticas públicas de saúde mental e suas interfaces com outras políticas.

O texto 4, Marchas da Maconha: para além da neblina sensacionalista, propõe um diálogo bastante realista e inspirador de reflexão, a partir do lugar dos movimentos sociais. Ajuda a pensar a saúde pública a partir das práticas culturais, a partir do que está à “nossa volta”, das pessoas que têm distintas relações com os usos de drogas e não só relações problemáticas para as quais, de modo geral, as ações e políticas sobre drogas estão dirigidas. Incita a pensar sobre alternativas às políticas proibicionistas e é justamente por isso que integra a presente publicação: pela possibilidade que oferece de refletir sobre políticas e ações relacionadas às drogas. Refletir a partir de outros referenciais, outros olhares, outros contextos que facilitem a compreensão da multiplicidade de fatores envolvidos nos contextos dos usos de drogas e da necessidade de utilizarmos ferramentas de análise também mais complexas, como as de gênero.

O texto 5, Trabalho de campo e a construção de políticas para usuários de drogas - a questão dos usos de crack na atualidade: um olhar sobre usuários e usuárias, assim como o Box Crack, pânico social e desafios atuais não poderiam faltar na nossa publicação, por tratarem de um tema-chave e focal nesse momento: os usos do crack.

Gerador de pânico social e alvo de novos e amplos planos de ação emergenciais, o crack e suas correlações nos impõem inúmeros desafios e a necessidade de compreensão a fundo, para sabermos operar de forma crítica. Novamente destacamos a importância de textos desse tipo, que possibilitem a preparação de um cenário reflexivo crítico para avançar na utilização da perspectiva de gênero aplicada ao campo dos usos de drogas.

O texto 6, Saúde Mental, Álcool e Outras drogas na Atenção Primária é um dos mais relevantes na presente publicação, não só pela ausência de discussão sobre esse tema em outras publicações, mas sobretudo pelo peculiar salto que propõe, ao olhar a Atenção Primária como locus de ação/intervenção. Um texto necessário para se pensar um modelo de atenção integral à saúde, com um desenho de rede de atenção sanitária adequado à complexidade imposta pelos distintos níveis de atenção, por questões geográficas e territoriais, por questões de gênero, raça-etnia e classes sociais.

O texto 7, Homens, violência contra mulheres e atenção em saúde mental: algumas reflexões sobre interfaces complexas, propõe uma reflexão sobre relações de causa e efeito que por vezes estabelecemos de forma muito simplista, mas que carregam um conjunto de fatores determinantes/formadores muito diverso. Nesse caso, o foco é a violência contra as mulheres e os usos de drogas. Toca em um tema central com os quais nos deparamos cotidianamente, seja atuando na prevenção e superação das distintas formas de violências, seja junto a homens ou mulheres em diferentes contextos de vulnerabilidade. É um exemplo concreto do quanto frutífera e útil é a utilização das ferramentas de análise que uma abordagem de gênero oferece para pensar os contextos de usos de drogas e suas possíveis correlações.

Por fim, encontramos o texto 8, “Pra não dizer que não falei de drogas”: O cuidado de pessoas que usam drogas e a luta antimanicomial. Trata-se de um relato crítico-reflexivo sobre como são “tratadas” as pessoas que usam drogas em alguns tipos de instituição, a partir do lugar de quem esteve como “paciente impaciente”, em um desses chamados “centros de atenção”. É um texto envolvente, que fecha de forma poética e fenomenal nosso bloco de artigos teórico-políticos e tem, sobretudo, uma função que cumpre muito bem: convida-nos ao envolvimento com o tema,

inquieta, incita a mudar coisas, fazer diferente, aplicar outras ferramentas, outras lentes, ao nosso cotidiano de ação.

Os textos que compõem a presente publicação são de extrema importância para a preparação de um terreno crítico adequado à utilização da perspectiva crítica de gênero sobre o tema dos usos de drogas. Eles são parte de um processo mais amplo, que envolve momentos presenciais de capacitação/formação de trabalhadores e trabalhadoras, assim como relatos de “experiências bem sucedidas” posteriores à realização de um projeto-piloto intitulado Gênero e usos de drogas, apoiado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Governo Federal do Brasil.

Na segunda parte da publicação são sugeridas atividades práticas e técnicas para trabalhar com distintos tipos de grupos, relacionadas aos temas focais da publicação. Utiliza os mesmos referenciais que orientam toda a sua postura político-pedagógica, a saber: a Educação Popular em Saúde e a Redução de Danos.

Também é possível encontrar sugestões de sites na internet e um breve currículo dos/as que nos ajudaram a tornar esse material possível, que nos ofereceram suas palavras e reflexões oportunas.

Mais uma vez, destacamos nossas expectativas de que essa publicação, e todos os processos de aprendizagem a ela relacionados sejam de bastante utilidade para pensar (e operar) uma atenção integral aos homens na saúde, fim último de toda uma gama de investimentos institucionais e políticos que levamos a cabo e uma das nossas razões de existir.

SUMÁRIO

Gênero e usos de drogas: porque é importante articular esses temas? Maristela Moraes.....	15
Educação Popular em Saúde e o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas Dênis Roberto da Silva Petuco	21
“Álcool e outras drogas” na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: reminiscências de uma observação muito participante Dênis Roberto da Silva Petuco	29
Marchas da Maconha: para além da neblina sensacionalista Rafael Gil Medeiros e Ricardo André Cecchin.....	41
Trabalho de campo e a construção de políticas para usuários de drogas” - a questão dos usos de crack na atualidade: um olhar sobre usuários e usuárias. Luana Malheiro e Edward MacRae	53
Crack, pânico social e desafios atuais Edna Granja.....	59
Saúde Mental, Álcool e Outras drogas na Atenção Primária Naíde Teodósio Valois Santos e Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque ...	63
Homens, violência contra mulheres e atenção em saúde mental: algumas reflexões sobre interfaces complexas Maristela Moraes, Benedito Medrado, Jorge Lyra e Edna Granja.....	73
Pra não dizer que não falei de drogas. O cuidado de pessoas que usam drogas e a luta antimanicomial Dênis Roberto da Silva Petuco	81

ATIVIDADES PRÁTICAS

Maristela Moraes, Ricardo Castro e Denis Petuco

Atividade 1 - EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	95
Atividade 2 – REPOLHO	97
Atividade 3 – EU, ETIQUETA	99
Atividade 4 - LINHA DA VIDA.....	101
Atividade 5 – IMAGENS DA HORA	103
Atividade 6 – BUSCANDO SERVIÇOS E CONHECENDO DIREITOS	107
Sugestões de <i>sites</i> na internet	111
Instituições organizadoras	113
Sobre os/as autores/as e organizadores/as.....	115

Gênero e usos de drogas: porque é importante articular esses temas?¹

Maristela Moraes

A articulação entre gênero e usos de drogas não é inicialmente simples de fazer, embora esteja mais do que clara a existência de vários aspectos de gênero envolvidos nas relações entre as pessoas e as drogas, que vão desde o tipo de droga escolhido até os propósitos de uso e expectativas implicadas no consumo.

Essa talvez seja a parte do tema que mais encontramos nos textos que tentam propor essa reflexão. Não é incomum encontrar descrições sobre os padrões de uso de drogas de homens e mulheres, a variação da intensidade dos efeitos no organismo de cada um deles, e coisas do tipo “os homens usam mais drogas ilícitas e as mulheres, mais drogas vendidas em farmácias”.

Pretendemos ir mais além dessas meras descrições e tentar encontrar explicações plausíveis para estas variações e, mais que isso, encontrar maneiras adequadas de intervir de forma específica, seja no nível das proposições e orientações (planos de ação, projetos terapêuticos etc.), seja na prática cotidiana de trabalhadores e trabalhadoras que atuam junto às pessoas que usam drogas.

É importante considerar que o tema é complexo, entre outras coisas, devido a uma “incorporação inadequada” do conceito de gênero em distintos campos. Isto resulta numa banalização do uso do conceito - um uso apenas “politicamente correto” do termo,

¹ Para discutir os temas propostos neste artigo, sugerimos a Atividade 5 – Imagens da Hora (ver página 103)

buscando uma coerência com as exigências de alguns documentos internacionais que orientam políticas públicas. Entretanto, essas formas de utilizar gênero não fazem mais que substituir o termo sexo, deixando de explorá-lo como "um princípio de organização social".

Muitas vezes ouvimos também a pergunta sobre se são questões de gênero que estão na base dessas possíveis diferenças e a resposta é simples: gênero é estruturante das relações de poder, assim como classe, raça/etnia, orientação sexual, idade..., ou seja, é necessário também conceber a "realidade social" em termos de gênero.

Então, o que é gênero mesmo? Essa também não é uma resposta muito simples de ser dada porque não há consenso sobre o conceito - nem mesmo entre o movimento feminista onde ele surgiu. Mas vamos aqui explicitar alguns elementos do conceito de gênero, entendido como estruturante das relações de poder, como organizador social, como elemento que faz parte de todas as relações sociais baseadas nas diferenças que distinguem os sexos.

Antes de tudo é importante dizer que as primeiras formas de conceituar gênero datam de 1965, com os trabalhos de Stoller, os quais apontam as diferenças entre sexo e gênero em estudos sobre crianças com problemas anatômicos congênitos, educadas a partir de um sexo que não era correspondente ao seu.

Gênero vai aparecer entre as feministas americanas como uma qualidade social das distinções baseadas no sexo. Surge em um marco de negação de um determinismo biológico implícito, em termos como "sexo" ou "diferença sexual", e traz uma noção relacional. Mesmo que aponte para uma perspectiva relacional, gênero aí aparece como sinônimo de mulher, para indicar uma seriedade acadêmica das produções sobre mulheres, numa busca de legitimidade de algumas feministas da década de 1980. Por isso, não é de estranhar que até hoje muitas vezes se utilize gênero como sinônimo de mulher.

Nesse processo de construção e revisão de conceitos, sexo foi relacionado com a natureza e gênero, com a cultura. Entretanto,

essa tentativa de diferenciação levou ao surgimento de uma nova dicotomia também criticada pelas teorias pós-feministas, de sexo como suposta essência biológica e gênero como construção sócio-cultural.

Uma das críticas mais conhecidas é a de Butler, ao afirmar que a anatomia e o sexo não existem sem um marco cultural, ou seja, que ambos (sexo e gênero) são construídos sócio-culturalmente.

Respeitando e considerando todas as críticas às formas de conceber gênero, utilizaremos aqui a que foi proposta por Scott, a saber: gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças entre os sexos; é uma forma primária de relações significantes de poder; um campo primário dentro do qual ou por meio do qual se articula o poder; facilita um modo de decodificar o significado e de compreender as complexas conexões entre várias formas de interação humana.

E para seguir com a nossa tentativa de articulação entre gênero e usos de drogas, é importante também responder à pergunta: o que entendemos por usos de drogas?

O uso de substâncias psicoativas, conhecidas como drogas, está presente em toda a história da humanidade, em diferentes culturas, e marcam a relação existente entre seres humanos e distintas práticas de consumo, em diferentes contextos, com objetivos e motivações diversas: como remédio e como veneno, de forma divina ou demonizada, correspondendo a uma prática humana milenar e universal.

Entendemos por usos de drogas as mais distintas práticas de consumo, que podem incluir o uso de bebida alcoólica, de drogas consideradas ilícitas ou de medicamentos disponibilizados em farmácias; contextos distintos, como festas, bares, ruas; em grupo ou individuais; por pessoas de distintas idades, contextos culturais, escolaridades.

São distintas também as utilidades sociais atribuídas às drogas, as expectativas culturais de quem as consomem, as condições sociais em que são realizadas, as formas de obter o produto consumido, as doses e técnicas de uso e as circunstâncias concretas, nas quais

esses consumos acontecem, aspectos que podem modificar os próprios efeitos de cada droga, tanto subjetivos como objetivos, a curto, médio ou longo prazo.

Não entendemos que seja possível um mundo sem drogas porque elas fazem parte das práticas humanas, nem partimos do princípio de que todo uso de droga é sempre problemático.

Nesse sentido, nos orientamos pela perspectiva da Redução de Danos, entendendo-a como um paradigma que constitui um olhar sobre a questão das drogas, comprometido com o respeito às diferentes formas de ser e estar no mundo. Esta abordagem opõe-se à visão tradicional de redução da oferta e está construída sobre dois argumentos: 1) é impossível uma sociedade completamente sem drogas; 2) a guerra às drogas contraria os princípios éticos e direitos civis das pessoas, ferindo o direito à liberdade do uso do corpo e da mente.

Além disso, a abordagem da Redução de Danos põe em ação estratégias de cuidado e auto-cuidado, imprescindíveis para diminuição da vulnerabilidade frente à exposição a situações de risco, além de ser apontada como forma privilegiada de intervenção em saúde e educação. Constitui hoje um avanço significativo no sentido da adoção de uma lógica mais adequada à complexidade da questão do uso de drogas.

O chamado Método da Redução de Danos, proposto por alguns autores e autoras, inventa também uma forma de produção de conhecimento e crítica dos lugares instituídos de poder. Parte da lógica de que é necessário conhecer para intervir, ao mesmo tempo em que é necessário intervir para conhecer, estabelecendo uma forma coletiva de construção de práticas de cuidado em um contexto de valorização da própria experiência na tomada de decisão sobre a atitude cuidadora.

Então, nos perguntamos novamente: o que propomos ao articular gênero e usos de drogas? Qual o objetivo dessa articulação?

As respostas para tais perguntas ainda estão sendo debatidas, mas para efeitos didáticos e para fomentar mais diálogo, podemos dizer que não há como pensar e intervir no campo dos usos de drogas

sem considerar elementos estruturadores de relações de poder como gênero, geração, raça/etnia, classe, cultura de origem etc.

Gênero, que aqui é nosso foco, nos ajudará a compreender aspectos macros e micros, como a socialização de homens e mulheres, a qual incita ou condena determinadas práticas relacionadas às drogas e seus contextos, os quais expõem homens e mulheres a determinadas situações de vulnerabilidade - como a violência relacionada ao comércio de drogas ilegais, por exemplo. Gênero está na base das relações hierárquicas entre distintas pessoas envolvidas nos cotidianos de usos e de intervenções profissionais, que orientam políticas públicas e ações de trabalhadores e trabalhadoras das diversas áreas acionadas para dar conta da complexidade das drogas.

Para dar exemplos concretos, poderíamos dizer que a socialização pelas quais os homens passam valoriza os comportamentos de exposição e superação de riscos, de provisão financeira da família, de expressão de poder por meio da violência. Sendo assim, é provável que a questão da socialização dos homens, atrelada e indissociada de outras, seja importante para compreender por que tantos homens jovens negros e pobres estão envolvidos com o comércio de drogas ilegais e por que tantos deles matam e morrem a cada dia.

Da mesma forma, também nos ajuda a entender por que em alguns contextos de atenção à saúde de mulheres que estão em tratamento por problemas relacionados com drogas, algumas práticas terapêuticas pretendem resgatar uma suposta feminilidade perdida (ao desenvolverem práticas que desconsideram o autocuidado, por exemplo, tido como naturalmente feminino). Tais práticas terapêuticas incluem atividades de cuidado do espaço físico do centro de saúde ou de sua própria aparência física, como um modo de revalorizar práticas de cuidado inerentes às mulheres.

E o que dizer então do sofrimento causado a vários homens que estão recebendo atendimento em serviços de atenção às pessoas que usam drogas, quando acusados de fracos e irresponsáveis, ao serem evidenciadas as famosas recaídas, em atendimentos que têm como propósito, ainda que velado, a manutenção da abstinência?

Como lidar subjetivamente com a ideia de fracasso, com o rótulo de incapaz de tomar suas próprias decisões, quando essa pessoa é um homem que foi educado para saber que força e coragem são sinônimas de masculinidade heterossexual? Quando esse homem foi construído e construiu sua forma de ser e estar no mundo a partir dessas referências? No caso dos homens, essa questão ainda é mais cruel, porque são essas mesmas referências de masculinidades (força e coragem) que os incita a correr riscos associados aos contextos de uso e comércio de drogas.

Então, para finalizar, não custa reafirmar que se queremos entender gênero como uma construção que produz significados sociais e culturais a respeito das pessoas (e como esses significados nos ajudam a compreender e transformar as desigualdades sociais relacionadas a eles), então é necessário entender que gênero não é sinônimo de sexo nem de mulher; gênero estrutura relações de poder em distintos níveis (entre pessoas; entre pessoas e instituições; entre instituições).

Estar atentos/as a essas questões e inserir-las em nossas análises e em nossas práticas cotidianas, seja em qual nível de ação for, contribuí diretamente e em última instância para uma atenção realmente integral e adequada às especificidades das pessoas que usam drogas, sejam elas homens ou mulheres.

A complexidade que nos impõe a questão das drogas não pode carecer de uma análise adequada de aspectos macroestruturais, sob pena de seguirmos focalizando o tema sob aspectos puramente subjetivos ou individuais, que resultam em intervenções fracassadas e inadequadas, as quais geram mais sofrimento, exclusão e fragmentação.

Educação Popular em Saúde e o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas

Dênis Roberto da Silva Petuco

Todos/as trabalhadores/as de saúde operam, de algum modo, educação em saúde, sendo que talvez (e apenas talvez) possamos excetuar os/as profissionais que atendem nas emergências. Guardada esta possível exceção, insiste-se: todo/a trabalhador/a de saúde é também educador/a.

Esta realidade - a de que todo/a trabalhador/a de saúde é também educador/a - aponta para a necessidade de reflexão sobre as práticas educativas no trabalho em saúde. Como é o diálogo? Há espaço para as diferentes vozes que constituem o cotidiano do serviço, da gestão? Privilegia-se a liberdade ou a moral (ainda que disfarçada sob o manto do cientificismo)? Que olhar para as questões de gênero, de geração? Que mundos afirmamos nas práticas de educação em saúde?

Não se fala aqui apenas em saúde, e não se fala aqui simplesmente em educação: fala-se de educação em saúde. Para efeitos deste ensaio, vamos nos fixar nas características de duas vertentes especialmente influentes no campo: a educação em saúde em sua vertente positivista, e a educação em saúde em uma perspectiva que articula elementos da microssociologia, da fenomenologia, do marxismo e da filosofia da diferença. À primeira tradição, chamaremos higienista, e à segunda, popular.

Educação Higienista em Saúde

No positivismo, a realidade é apreensível aos nossos sentidos. As ciências sociais e naturais só se diferenciam no seu objeto. Por fim, crê-se na neutralidade da ciência. Aquilo que a ciência preconiza é

a verdade. A hipótese central do positivismo é de que a sociedade humana é regulada por leis naturais que atingem o funcionamento da vida social, econômica, política e cultural de seus membros.

Porém, o aspecto mais influente do positivismo no campo da educação em saúde é justamente o mais difícil de ver enaltecido nos discursos dos seus/suas defensores/as. Se por um lado há uma defesa da neutralidade, por outro vemos que as práticas higienistas são atravessadas por perspectivas ativamente conservadoras:

O positivismo tende poderosamente, pela sua própria natureza, a consolidar a ordem pública, pelo desenvolvimento de uma sábia resignação. Porque não pode existir uma verdadeira resignação, isto é, uma disposição permanente a suportar com constância e sem nenhuma esperança de mudança, os males inevitáveis que regem todos os fenômenos naturais, senão através do profundo sentimento dessas leis inevitáveis. A filosofia positiva que cria essa disposição se aplica a todos os campos, inclusive aos males políticos.

O higienismo é coerente com este compromisso, e Oswaldo Cruz é um marco no Brasil, articulado aos interesses conservadores de seu tempo². Preconizavam-se as ações moralistas, a vacinação e a normatização arquitetônica do Rio de Janeiro³. Ao encontrar focos de resistência, a polícia sanitária articulava a repressão, garantindo a efetivação da lógica higienista.

Outro ponto importante para o higienismo é a *culpabilização*. Os agravos à saúde são decorrentes do comportamento, da má alimentação, ou pelo envolvimento com práticas imorais ou insalubres. Não se percebem as determinações econômicas, sociais e culturais dos processos de saúde-doença, quiçá questões de gênero ou raciais.

Poder-se-ia seguir descrevendo detalhes do higienismo, mas a escrita sobre Educação Popular seguirá expondo o positivismo

² SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro & OLIVEIRA, Nayara, Lúcia Soares de. "Educação em saúde e concepções de sujeito". In.: VASCONCELOS, Eymar Mourao. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p. 115 – 136.

³ CARVALHO, José Murilo de. Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

naquilo que ele não é. Abordar, portanto, as características do modelo de Educação Popular em Saúde ajudarão a clarear alguns itens até aqui abordados.

Educação Popular em Saúde

A partir dos anos sessenta, ficou mais comum ouvir falar de Educação Popular em Saúde. A influência vinha não do campo da saúde, mas da educação⁴. Mas, é realmente válido um diálogo entre as ideias de Paulo Freire, e o campo político-reflexivo da saúde? Como fica o compromisso freireano com a transformação quando se pensa uma educação em saúde? É possível superar a *educação bancária*?

A influência de Freire junto à educação em saúde é reconhecida. O pedagogo pernambucano defendia uma práxis pedagógica amparada em uma concepção radicalmente dialógica, de uma *dialogicidade verdadeira*⁵, e denominava a prática em que o/a professor/a se relaciona com seu/sua aluno/a como sujeito passivo do processo, de *ensino bancário*⁶. Diz Freire:

É preciso insistir: este saber necessário ao professor – que ensinar não é transferir conhecimento – não apenas precisa ser apreendido por ele e pelos educandos nas suas razões de ser – ontológica, política, ética, epistemológica, pedagógica -, mas também precisa ser constantemente testemunhado, vivido⁷.

Os saberes tradicionais não são meras curiosidades, mas a verdade das pessoas com quem se vai trabalhar. Conhecer as crenças, as práticas religiosas, culturais e de saúde é de fundamental importância ao/à educador/a. Somente assim será possível

⁴ -BRANDÃO, Carlos Rodrigues. "A Educação Popular na Área da Saúde". In.: VASCONCELOS, Eymar Mourão. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p. 21 – 26.

⁵ FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996. p. 60.

⁶ Idem, p 32.

⁷ FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2008. p 66.

⁷ FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996. p 53.

construir uma rede ampliada de cuidados em saúde, da qual fazem parte não apenas os/as profissionais em uma determinada região, mas também as benzedeiras, as mães de santo, as “*velhas bruxas*” e suas ervas, os padres e pastores:

No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo um entendimento sobre sua inserção na sociedade e na natureza. Este conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria prima da Educação Popular⁸.

Esses saberes, tão desprezados pelo modelo higienista de educação em saúde, serão a matéria-prima a partir da qual será possível construir, no diálogo, projetos de educação popular em saúde. Projetos em que o/a educador/a, longe da velha autoridade professoral, é educado no ato de educar⁹.

A Educação Popular exige abertura ao novo, ao diferente, ao inesperado. É o caso da Redução de Danos com *travestis bombadeiras*, ilustrativo destas dinâmicas. A aplicação de silicone para a construção dos corpos de outras travestis é uma prática, quiçá análoga à cirurgia plástica. As *travestis bombadeiras* recebem orientação a respeito da utilização de silicone de melhor qualidade, bem como sobre as condições adequadas de higiene; disponibilizam-se materiais como curativos, caixas para descarte de materiais hospitalares e seringas esterilizadas, a exemplo do que já se faz com usuários/as de drogas injetáveis, como estratégia de prevenção da Aids, hepatites e outras infecções¹⁰.

Uma clínica freireana?

Para certa racionalidade, pessoas que usam drogas podem ser apenas *doentes* ou *criminosas*. Para os/as doentes, forjam-se dispositivos anátomo-políticos, e para os/as criminosos/as,

⁸ VASCONCELOS, Eymar Mourão. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p 14.

⁹ FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2008. p 79.

¹⁰ BRASIL, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/Aids. Manual de Redução de Danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

dispositivos disciplinares¹¹. *A produção de identidades destas pessoas, na injunção dos discursos médico e penal, opera efeitos de poder que produzem efeitos na vida.* O ato de identificar tem efeitos de poder¹².

Felizmente, a história não acabou. A construção de novos dispositivos que façam funcionar novas dinâmicas sociais é possível. O movimento social envolvido na luta contra a Aids no Brasil é um exemplo: no momento em que noções como “grupos de risco” foram superadas, foi possível elevar grupos criminalizados à condição de atores políticos. A resposta brasileira à epidemia do HIV, considerada referência mundial, foi construída a partir da participação direta destes grupos¹³.

Produzir um deslocamento da escuta, que nos permita perceber as pessoas que usam drogas para além das concepções reducionistas, que as veem unicamente como criminosas ou doentes: eis aí uma das contribuições que um olhar freireano teria a oferecer para uma qualificação dos encontros com estas pessoas. A partir disto, desta *humanização* do outro, deste movimento freireano de resistência aos processos de *desumanização*, é que se torna possível reconhecer no outro suas múltiplas dimensões. Para além das questões sobre o uso de drogas, há as questões de gênero, étnicas, geracionais etc.

Quando nos abrimos à experiência do outro, torna-se possível ouvir para além dos discursos normalmente autorizados. No caso das drogas, os discursos *vitoriosos* e os discursos *derrotados*. Por *vitoriosos*, entendem-se os discursos daqueles que venceram as drogas, e que se apresentam como exemplo; o outro lado da mesma moeda, os *derrotados* são aqueles que se apresentam de modo subserviente, humilhados, aceitando qualquer coisa de modo subalterno e sem questionamentos.

¹¹ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

¹² SILVA, Tomaz Tadeu. “A produção social da identidade e da diferença”. In.: SILVA, Tomaz Tadeu (org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais*. Petrópolis: Vozes, 2008. pp. 73-102.

¹³ GALVÃO, Jane. “As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/Aids”. In.: PARKER, Richard (org.). *Políticas institucionais e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/ABIA, 1997.

A Redução de Danos nasce não apenas abrindo-se para, mas deliberadamente em busca destes discursos. Era justamente porque se entendia que havia algo mais, algo da ordem da *multiplicidade*, que se pôde investir em algo como a Redução de Danos. No Brasil, a Redução de Danos constituiu enclaves na defesa de outros olhares sobre as drogas e seus usos. O ambiente político-reflexivo do movimento de luta contra a Aids foi um solo fértil para o desenvolvimento da Redução de Danos. Foi no âmbito das políticas de Aids que se radicalizou a ideia de que as políticas de saúde devem respeitar a diversidade, bem como os limites e potencialidades de cada sujeito, levando-se às últimas consequências a noção freireana de que o conhecimento não deve ser depositado, mas construído junto com o educando¹⁴.

Nesse sentido, percebe-se que os/as redutores/as de danos operam como mediadores/as culturais entre as pessoas que usam drogas e o campo político-reflexivo das drogas. A busca de participação direta de pessoas que usam drogas na elaboração e reflexão sobre políticas e programas públicos (quase uma exigência em se tratando de políticas de Aids), permitiu a livre associação de pessoas que usam drogas, como é o caso da Rede de Usuários de Drogas do Estado do Rio Grande do Sul (RUDE), e da Associação Pernambucana de Usuários de Álcool e Outras Drogas. Além disso, já se pode perceber a presença de redutores/as de danos em diversas instâncias de controle social.

Mas, que não nos enganemos. Os exemplos aqui citados, conquistas do movimento de Redução de Danos na promoção de cidadania entre pessoas que usam drogas, ainda estão muito aquém do que poderia ser chamado “reconhecimento político”. Ações políticas ainda sofrem repressão, e o debate é criminalizado. “O que não pode ser debatido em uma democracia?”¹⁵

¹⁴ FREIRE, Paulo (1996); FREIRE, Paulo (2008). – N. da R.: consultar Denis se aqui é *op. cit.*, e se é possível, acrescentar as páginas.

¹⁵ Questionando a proibição da Marcha da Maconha em diversas cidades brasileiras em 2009, o coletivo portoalegrense Princípio Ativo adotou esta pergunta como tema de sua manifestação naquele ano.

A educação popular constitui-se em instrumento de defesa da vida e da autonomia. Na emergência dos “Novos Movimentos Sociais”, é possível perceber a mesma potência: os/as oprimidos/as não são somente os/as pobres, mas todo e qualquer coletivo humano sob o qual recaem os efeitos do poder¹⁶.

Direitos e legislação

A grande legislação de apoio a práticas inspiradas pela Educação Popular freireana no campo da saúde é a *Lei 8142/90*, também conhecida como a “Lei do Controle Social”, e que junto com a *Lei 8080/90*, institui o Sistema Único de Saúde no Brasil. Na *Lei 8142/90*, há todo um conjunto de dispositivos que normatizam as relações entre os três níveis de gestão e as instâncias de controle social. Mas, para além do que está instituído em lei, e para além dos próprios Conselhos de Saúde, há uma miríade de outras formas de participação da sociedade civil na organização, reflexão, planejamento e execução de políticas públicas. Se não é obrigatório ao gestor o diálogo com estes atores sociais, por outro lado, é indicador de boa prática.

¹⁶ - HALL, Stuart. “Quem precisa da identidade?”. In.: SILVA, Tomaz Tadeu (org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais*. Petrópolis: Vozes, 2008. pp. 103-133.

“Álcool e outras drogas” na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: reminiscências de uma observação muito participante

Dênis Roberto da Silva Petuco

Este artigo foi escrito poucas semanas depois da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, realizada entre os dias 27 de junho e 1º de julho de 2010, em Brasília. O título - que poderia ser interpretado como uma descrição dos usos de álcool e outras drogas em meio à conferência - zomba das formas discursivas sobre o tema no âmbito da Saúde Mental, já que os CAPS organizados para o atendimento das pessoas usuárias de álcool e outras drogas são conhecidos como “AD”, a mesma sigla utilizada para se referir a pessoas que utilizam estes serviços. Há serviços que atendem tanto pessoas que usam drogas quanto pessoas que têm outros tipos de sofrimento (como CAPS1 e CAPSi, por exemplo), e nestes é comum classificar os/as usuários/as como “AD” ou “TM” (referência a “transtorno mental”).

Junto a “TM”, “AD” e outros/as cidadãos/ãs, vivi aqueles cinco dias de profundas discussões, brigas, acordos, alianças, articulações, disputas, debates, reflexões, escritas e reescritas. A Conferência foi difícil, como não poderia deixar de ser. Houve momentos tensos, até mesmo violentos, de disputa acirrada. Mas também houve momentos de pura poesia, de encontros, de risos. Pretendo problematizar não apenas o que foi discutido e votado, mas também o espírito daqueles dias. Convém considerar que produzi este texto antes mesmo da publicação do relatório final da Conferência. Trata-se de um relato de quem participou intensamente do evento, mas de modo parcial. Não vi todas as discussões, não acompanhei todos os debates. Mesmo assim, creio que uma escrita que relate não apenas as decisões tomadas, mas

também o ambiente dos debates pode contribuir para uma compreensão diferenciada dos processos.

1º Dia: A Política

No dia seguinte, iniciava-se a conferência. Cada dia começava com uma mesa de abertura em que se buscava abordar aspectos dos eixos norteadores da Conferência. Durante a mesa de abertura, eram distribuídos os “consolidados”: uma sistematização de todas as propostas elaboradas ao longo das conferências municipais, regionais e estaduais. Depois, havia painéis que abriam os grupos de trabalho (GT), que refletiam os temas abordados ao longo daquele dia. Após os painéis, tinham início as discussões nos GT. Para cada um dos três eixos, havia nove sub-eixos que se desdobravam em nove GT. Nestes últimos discutiam-se as propostas para aquela temática específica. Sairiam dali as propostas que seriam aprovadas, ou não, na Plenária Final.

Sobre este primeiro dia, dedicado às discussões sobre gestão do trabalho, política farmacêutica, financiamento, educação permanente entre outros temas, cabe considerar que foi encaminhada proposta de inclusão do/a redutor/a de danos nas equipes mínimas de CAPS-AD e CAPSi. Ensaiou-se um debate sobre as formas de contratação deste/a trabalhador/a – se via concurso público ou por outras formas menos estáveis – e a proposta final acabou passando sem nenhuma referência a este aspecto. Já no grupo sobre educação permanente, houve propostas de inclusão de temas relacionados ao cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas nos processos de formação.

Um painel inesquecível

Com o atraso de grande parte dos GT, diversos painéis foram cancelados. Dentre estes, interessam dois (um sobre *crack*, outro sobre Redução de Danos). Como houvesse poucas salas, optou-se por reunir as duas atividades em um mesmo espaço. Na mesa, Bruno Ramos, da ONG paulista É De Lei - uma das mais

tradicionais ONG de Redução de Danos do Brasil, que realiza importante trabalho na região da *cracolândia*, em São Paulo; Denise Serafim, técnica do Departamento DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, que acompanha de perto o desenvolvimento da experiência brasileira com a Redução de Danos a partir de seu trabalho junto ao Ministério da Saúde; Domiciano Siqueira, presidente da ABORDA (Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos), que também acompanha a história da RD no Brasil, mas a partir da sociedade civil; Francisco Cordeiro, pela área técnica de álcool e outras drogas da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; Dartiu Xavier, psiquiatra, pesquisador do PROAD (Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes); Miriam Gracie, da equipe do Consultório de Rua, em Salvador. Na plateia, gente como Antonio Lancetti, Eymard Vasconcelos e outras referências. O debate encantou a todos seguiu até às 23 horas. Em um determinado momento, ergue-se Sérgio Pinho, que se apresentou como usuário de CAPS-AD e de múltiplas drogas. Brindou-nos com este poema:

CRACK

É a bomba que vem na pipa...

Bum! Pah! Pum! *Crack!*
Por um instante sou super – Zuum!
Por um momento vem Deus – Paz!

Bum! Pah! Pum! *Crack!*
Tanto quero;... Quanto tenho?
Tanto-posso-quanto-puxo...

Bum! Pah! Pum! *Crack!*
‘Cabou-se a pedra – Par/tiu/se – Pô!
Cadê a grana?... Cadê a gana de...?’

Foi-se ou Foice... Pam... Putz!
Saco = Té-dio = Sem re-mé-dio...

* * *

*I was born in a crossfire hurricane
And howled at my ma in the driving rain
But it's all right now – In fact it's a gas
But's all right now – I'm jumpin' Jack Flash
It's a gas, gas, gas!
I'm jumpin' "crack" Flash it's a gas
Jumpin' "crack" Flash It's a gas ...¹⁷*

2º Dia: O Cuidado

Neste dia ocorreu o grupo de trabalho mais importante para discutir as questões relacionadas ao cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. Foram duas salas absolutamente lotadas para dar conta de todas as pessoas interessadas em discutir o tema. Os subtítulos utilizados para organizar as propostas indicavam o caminho dos debates: “função dos serviços”, “relação das políticas com o tamanho dos municípios”, “comunidades terapêuticas”, “capacitação”, “redutores de danos” e “mídia”.

O segundo dia foi também o mais nervoso de toda a Conferência. Pessoas que participaram dos mais diferentes GT comentavam o fato. No GT sobre álcool e drogas, ao longo das votações, percebiam-se as fortes diferenças expressas no conjunto de atores presentes. Havia ali um recorte da sociedade brasileira, com seus distintos posicionamentos sobre políticas de drogas.

Quando da discussão em torno da destinação de recursos provenientes da apreensão de bens de traficantes, o clima pesou: havia uma proposta pleiteando maior celeridade e desburocratização do processo, permitindo que instituições de tratamento pudessem obter bens, como carros e fazendas. Diante da proposta de que tais bens fossem a leilão, e que os recursos decorrentes dessas vendas fossem repassados para investimento nos serviços do SUS, houve intensa reclamação. Depois do debate,

¹⁷ Referência à canção “Jumping Jack Flash”, dos Rolling Stones.

uma votação apertada decidiu pelo investimento no Sistema Único de Saúde.

Também neste grupo, já sem tanta polêmica, foram aprovadas mais propostas para a garantia dos redutores de danos nas equipes mínimas de CAPS-AD e CAPSi. Aprovou-se também a flexibilização dos critérios populacionais para a implantação de CAPS-AD em municípios menores, como estratégia para acompanhar o movimento de interiorização do uso de drogas.

Sobre as comunidades terapêuticas, houve a eliminação de todo um conjunto de propostas que buscavam regulamentar o repasse de recursos para essas entidades, talvez confundidas com propostas de legitimação, tão polêmicas no âmbito das redes de cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. Ainda que tais preocupações sejam de fato pertinentes, outra interpretação foi a de que a não aprovação de propostas poderia permitir que convênios fossem celebrados sem nenhum tipo de controle ou regulamentação. Só o tempo dirá se a retirada dessas propostas do corpo de proposições da Conferência serviu para deslegitimar práticas manicomialistas ou para desregulamentá-las.

Aprovaram-se também propostas para a criação daquilo que o texto chamava de “casas de passagem de curta permanência” ligadas aos CAPS-AD, à semelhança da experiência de Recife, com suas “Casas do Meio do Caminho”.

Discutiu-se também a garantia de existência de leitos em hospital geral; neste ponto, houve importante debate sobre o perfil dos leitos, e acabou-se optando pela expressão “leitos de atenção integral em hospital geral”, em detrimento da noção de “leitos para desintoxicação”, diante da compreensão emergente no grupo de que tais leitos cumprem funções que estão para muito além de uma simples desintoxicação (seja lá o que isto quer dizer).

Na discussão sobre mídia, foram aprovadas propostas de proibição das propagandas de bebidas alcoólicas, e o controle da publicidade antidrogas, visando impedir a produção de estigma e preconceito.

Chamou atenção a inexistência – ao menos na sala em que eu estava – de discussões com o recorte de gênero. Nem mesmo

quando se falou na necessidade de serviços do tipo “Casa do Meio do Caminho”, levantou-se a questão. Ainda que o tema se expresse diariamente pelos CAPS-AD brasileiros, parece que ainda queda invisível.

O GT avançou para além das 17 horas, horário marcado para seu término. Com o fim dos trabalhos, uma parte das pessoas optou por jantar, enquanto outras se deslocaram diretamente para as salas onde estavam ocorrendo os painéis da noite, com destaque para o painel “Álcool e outras drogas e Direitos Humanos”.

Na mesa, Eduardo Barbosa, que responde pelo diálogo com a sociedade civil pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; Francisco Cordeiro, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, substituindo Décio Castro, que teve de ficar até mais tarde coordenando o GT onde estivéramos; Rebeca Litvin, psicóloga com atuação na Atenção Básica, em Porto Alegre.

Rebeca contou sobre sua primeira experiência profissional, como estagiária de psicologia, em uma clínica de desintoxicação cuja abordagem baseava-se na reclusão com hipermedicação. Emocionada, Rebeca contou que ter vivido de perto aquela experiência, vendo as diferentes maneiras por meio das quais os usuários (presos?) reinventavam suas vidas, resistiam, criavam linhas de fuga, ou mesmo sucumbiam - em alguns casos, ao peso das estruturas manicomialis, foi fundamental para que ela viesse a se tornar a trabalhadora de saúde em que ela se reconhece hoje, especialmente no que tange aos compromissos com os Direitos Humanos das pessoas que usam drogas.

Para além do instituído: articulando redes no movimento da vida

À parte toda riqueza de debates das Conferências municipais, regionais e estaduais realizadas em todo o Brasil ao longo do primeiro semestre de 2010, é preciso prestar atenção aos movimentos paralelos, à vida que vaza em seus movimentos.

Poucas semanas antes da Conferência nacional, algumas dezenas de pessoas de diferentes lugares do Brasil começaram a trocar e-mails sobre a constituição de uma rede nacional de ativistas interessados em políticas de drogas, em suas múltiplas dimensões (Saúde, Educação, Cultura, Direitos Humanos, Assistência Social etc.). O movimento dialógico foi adquirindo volume com o passar dos dias, resultando na organização de uma reunião durante a Conferência. Mais precisamente, na noite do segundo dia, depois dos grupos de trabalho.

Assim que terminou o painel sobre drogas e Direitos Humanos, um grupo de pessoas permaneceu na sala, dando início à reunião presencial que vinha se ensaiando já havia alguns dias, via internet. Segundo os registros, pouco mais de 80 pessoas. A palavra começou a circular na roda: muitos trabalhadores/as de CAPS-AD, mas também de serviços da assistência social, da educação... Alguns/mas usuários/as de drogas, frequentadores/as de CAPS ou não. Educadores/as sociais, trabalhadores/as de PSF. Pesquisadores/as, ativistas, militantes. Redutores/as de danos. A reunião terminou no momento em que a última pessoa se apresentou. Não havia tempo para mais nada. Ficou combinado que no dia seguinte, procederíamos da mesma forma: assim que terminassem os GT e outras atividades, nos encontraríamos naquela mesma sala e retomariamos os trabalhos, discutindo basicamente três pontos: objetivos, princípios e formas de organização.

Assim foi feito. No dia seguinte, cerca de 50 pessoas discutiram os pontos de pauta definidos na noite anterior. As falas apontaram para a dupla função daquela rede: permitir a troca de informações e experiências que qualificam a prática cotidiana, e intervir na produção de políticas para pessoas que usam drogas. Os princípios: defesa dos princípios do SUS, da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos; defesa dos Direitos Humanos das pessoas que usam drogas, com ênfase no direito à vida, à livre organização e manifestação; a denúncia de toda e qualquer prática, política e/ou discurso estigmatizante, reproduzidor do preconceito e da

exclusão social de pessoas que usam álcool e outras drogas; a defesa da autonomia, compreendida como indicador de saúde.

A constituição desta rede foi uma das mais importantes novidades produzidas no contexto da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. A existência de organizações capazes de potencializar outras vozes, a partir de novas articulações, radicalmente intersetoriais, é algo muito importante, e o surgimento de uma organização nesses moldes deve ser apoiado e incentivado. Acompanhem os desdobramentos do que virá daí.

3º Dia: Direitos Humanos

Na quarta-feira, o telefone tocou quando ainda estávamos nos apressando para deixar o hotel rumo à Conferência. Era uma trabalhadora do CAPSi de João Pessoa, informando que mais um jovem usuário de drogas havia sido assassinado. A mãe acabara de ligar para o serviço; estava ainda em frente ao corpo, telefone na mão. Ficamos consternados, em silêncio, estáticos, visualizando aquela cena: uma mãe em frente ao corpo morto de seu filho. Ficamos ali parados, sentindo aquela dor e pensando no que fazer. Pensávamos em mitos e canções, em metáforas que fortalecessem nossa luta. Aquele era o terceiro dia da Conferência, dedicado aos debates sobre Direitos Humanos. Era este o momento.

Pensei nesta mãe. No filme “Tropa de Elite”, vemos uma mãe que procura o Capitão Nascimento, pedindo o direito de enterrar seu filho, que antes de traficante, é filho. Clara referência a Antígona, que desobedece as ordens do Rei para enterrar o irmão desertor; referência não tão clara às mães da Praça de Maio, que seguem manifestando-se semanalmente há mais de trinta anos, exigindo informações sobre seus filhos. A estas mães, é como se lhes negassem o direito de velar seus filhos. Como viver o luto por uma morte desejada socialmente? Quem acolhe este sofrimento? Que fazer com ele? Como os serviços de Saúde Mental lidam com este sofrimento?

Nos trabalhos do terceiro dia, se conseguiu avançar no encaminhamento de algumas propostas sobre o PPCAAM

(Programa de Proteção a Criança e ao Adolescente Ameaçados de Morte), que existe desde 2003, e foi regulamentado pelo Decreto 6.231, assinado pelo Presidente Lula em 11 de outubro de 2007.

O PPCAAM faz parte de um amplo leque de programas de proteção à vida articulados pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH), que inclui um programa de proteção a testemunhas e vítimas de violência (PROVITA), e outro para a proteção de defensores/as de direitos.

Interessa de modo especial o PPCAAM, frente aos assassinatos de crianças e adolescentes, relacionados ao envolvimento com a cadeia produtiva de drogas tornadas ilícitas. Há diferentes desdobramentos para a não implantação do PPCAAM: o mais cruel é a própria execução das pessoas ameaçadas; outro é a transformação de uma demanda de proteção em internação, não raro em instituições religiosas, ou mesmo em hospitais psiquiátricos.

Houve ainda uma série de propostas prevendo intervenções em casos de cárcere privado, redigidas inicialmente para dar conta das inúmeras situações de pessoas encarceradas por causa de algum transtorno mental, mas que também poderiam ser estendidas às pessoas acorrentadas por seus próprios familiares em função do uso de *crack*, impotentes diante da ausência de dispositivos de cuidado em diversos pontos do Brasil.

À guisa de conclusão

De um modo geral, foram aprovadas diversas propostas que ratificam as políticas de Estado desenhadas nos últimos anos, pelo menos nos textos governamentais. Políticas avançadas, que finalmente foram discutidas e aprovadas pela sociedade civil. Porém, talvez o mais importante seja a ampliação do espaço para temas relacionados ao cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. Muitas pessoas priorizaram estes debates. Para além das propostas aprovadas, o dado aponta um avanço relevante: o

reconhecimento dos Direitos Humanos das pessoas que usam drogas.

A elaboração de diversas propostas sobre o PPCAAM é importante para a configuração de políticas de proteção à vida de crianças e adolescentes envolvidos com o uso de *crack*. Ainda é preciso avançar na proteção para pessoas maiores de 18 anos, e na regulamentação das campanhas de mídia, buscando impedir a reprodução do estigma e do preconceito. Ainda que propostas tenham sido elaboradas, foram pouco objetivas.

Garantiu-se a inclusão do/a redutor/a de danos nas equipes mínimas de CAPS-AD e CAPSi. Este é um avanço importante. Houve também uma proposta de regulamentação do cargo de redutor/a de danos, aprovada. Não há garantia de implementação, mas a aprovação de propostas nesse sentido, mais de uma vez, aponta para a relevância do tema. Não são propostas isoladas em meio às milhares de outras, mas de propostas múltiplas, coerentes com o espírito geral.

Sempre que se falava sobre leitos para pessoas com uso problemático de álcool e drogas, era especificado *leito em hospital geral*, demarcando de modo inequívoco o descontentamento dos/as delegados/as para com as internações de pessoas que usam álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos - realidade ainda existente, mesmo que vedada pelas diretrizes da política ministerial para esta população. Além disso, também foram aprovadas propostas exigindo o cancelamento de repasses financeiros para ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos.

Com relação às Comunidades Terapêuticas, quase todas as propostas foram suprimidas. No relatório final, deverá constar apenas uma proposta, que defende que estas instituições sejam fiscalizadas pelo Estado. Vejamos o que isto vai significar nos anos que se seguirão.

Para muitos, a inexistência de propostas sobre CT no relatório final da Conferência indicaria a reprovação de tal dispositivo. No entanto, há outras leituras, que dão conta de que a não inclusão de diretrizes servirá como “carta branca” para que as CT usufruam de

total liberdade, e para que estados e municípios possam celebrar contratos com estas instituições, sem nenhuma regulamentação.

Por fim, cabe comemorar as articulações da sociedade civil reunida em torno do tema das drogas, buscando aproveitar o momento da Conferência para a criação de uma rede nacional de ativistas. Pelo que sabemos, as articulações seguem nestes primeiros momentos pós-conferência. Que os envolvidos tenham sucesso nesta empreitada, já que a história é pródiga em mostrar que as transformações sociais só têm lugar a partir das lutas organizadas por aqueles que são/estão diretamente envolvidos com os temas discutidos.

Marchas da Maconha: para além da neblina sensacionalista¹⁸

Rafael Gil Medeiros e Ricardo André Cecchin

Parece estranha a pretensão de “explicar” um evento cujo nome, quando mencionado, já costuma despertar tantas certezas apaixonadas, absolutas e imediatas. Por causa destas certezas instantâneas, há quem diga que as marchas da maconha sejam eventos “polêmicos”. Será esta a melhor palavra?

Parando um pouco pra pensar, talvez não: afinal, diante da atual abertura do tema no Brasil, de uns anos pra cá, muitas pessoas ficam em silêncio. Claro, os silêncios podem significar maturidade, precaução ou até certo medo bastante sincero de se expor. Mas diante da carnificina diária a que assistimos nos jornais afora, os silêncios tornam-se ensurdecedores, e falar sobre políticas de drogas, algo mais urgente. Logo, não é nada mal tentar ler (e escrever!) sobre o assunto, mesmo correndo o risco de parecer *polêmicos/as*.

Vamos falar de uma pequena *fatia* do grande universo de pessoas que usam drogas: aquelas que se organizam em um movimento em favor de políticas não repressivas, e educativas, sobre drogas. Entender por que elas, digo, nós, nos organizamos assim (sim, eu, que escrevo, também faço parte *disso*), parece ser um ponto consensual na sociedade. Ora: nós fazemos isso porque a repressão às drogas é uma repressão às pessoas. No caso, nós. Mais que isso, porque a proibição às drogas é uma violência a estilos de vida que nunca deixarão de existir. Para não falar que estes movimentos organizados ainda devem uma maior

¹⁸ Para discutir alguns dos temas propostos neste artigo, sugerimos a Atividade 3 – Eu, Etiqueta, desse mesmo material (ver página 99)

aproximação com as demandas de crianças, jovens e jovens adultos/as das periferias urbanas. Estes/as, certamente, poderiam falar com mais propriedade a respeito de outras interdições e abusos que vão se somando...

Há uma criminalização surreal que entende os/as maconheiros/as que plantam sua maconha em casa (e que faz cigarros de suas flores) como uma grande ameaça à saúde pública. O crime de *plantar para si*, quando interpretado como *plantar para os outros*, pode até ser visto como *hediondo* – comparado a um estupro, leia-se. Esta criminalização pesa sobre pessoas que vendem as drogas também – sem brincadeira, elas costumam ser culpadas por fatos que vão desde a violência urbana como um todo até os maus resultados da seleção na copa de 2006. Não se separa o joio do trigo.

Pelas periferias, diversas violências, boa parte delas invisíveis à grande mídia, ocorrem diariamente, a cada minuto. Desconfiamos que, para cada notícia de apreensão de quilos ou toneladas de ilícitos, no cotidiano sensacionalista dos jornais, há uma história de pessoas sendo pagas por pessoas - que, por sua vez, são extorquidas por outras, que não aparecem no jornal, e que talvez, até estejam na seção de *anunciantes*. Teoria da conspiração? Senão, vejamos: a proibição faz com que a droga, adulterada, e com um “mercado” financiador do tráfico de armas, seja mais lucrativa. Em outras palavras, só a droga **ilegal** é lucrativa. O grande lucro de bilhões não parece estar nas periferias, que são o alvo principal desta “guerra”. Os grandes “chefes do tráfico”, famosos, presos, perigosos e ameaçadores, são grandes laranjas. Suas perigosas quadrilhas são crianças e adolescentes que preferem atuar no crime a tentar migalhas no mundo-cão do mercado de trabalho. Os efetivos policiais, diante da tarefa de fazer cumprir uma lei surreal, nada podem fazer diante da corrupção institucionalizada em seu meio.

O *rapper* MV Bill, antropólogo Luiz Eduardo Soares e muitas outras pessoas já disseram como tudo isso funciona – mas, como diz o Rei¹⁹, *todos estão surdos*. Especialistas no assunto - que

¹⁹ O cantor Roberto Carlos (N. da R.)

advogam não possuir ideologia alguma - dizem ser objetivo de todos/as lutar pela extinção de todas as drogas do planeta. Não raro, fazem isso tecendo apologias tais como: “infelizmente, não temos ainda a vacina perfeita para a epidemia das drogas” (ah, anunciantes...). A todas estas, as violências por minuto geram mortes por dia. Há alguma coisa de errado quando esta ideologia “antidrogas” se sustenta por quase um século, mesmo dando todas as provas de que nunca chegou perto de seu objetivo oficial - que, pasmem, é *proteger a saúde pública*. Então, nós aqui passamos a pensar que esta política funciona muito bem. Ela é um sucesso, na verdade. Resta saber quem são as pessoas beneficiadas.

Para pensar a saúde pública, isto é, do povo, temos que conhecê-lo. Ou seja, logo após a devida leitura dos índices epidemiológicos, das porcentagens, etc., temos também de conhecer suas práticas culturais – conhecer mesmo, vivenciá-las, presenciá-las.

Podemos começar olhando em nossa volta. Não é preciso estudar todos os artigos que falam do uso não problemático de drogas como uma “realidade clínica”. Não é preciso pensar que nosso sistema de saúde, pressionado pelo complexo médico-industrial (que lucra oferecendo respostas milagrosas a doenças), esteja ainda engatinhando para conseguir operacionalizar dados que não digam respeito às doenças.

Diante da estigmatização e da clandestinidade das práticas, pesquisas sobre usos de drogas proibidas têm margens de erro tão amplas que, se levadas seriamente, desqualificariam sua representatividade. Não bastasse isso, as pesquisas sobre drogas já começam estudando somente os *problemas com drogas*. Para a OMS (Organização Mundial de Saúde), saúde não significa *ausência de doença*. E os dados da OMS dizem que, no mundo, 10% das pessoas que já usaram drogas ilícitas pelo menos uma vez na vida desenvolverão dependências. Vamos supor, lá, diante do panorama de criminalização e estigmatização, que na verdade sejam uns 30%. E as outras 70%? O que isso nos diz? Estaremos fazendo políticas públicas para uma minoria das pessoas que usam as drogas tornadas ilícitas?

É verdade que vender soluções para este grande “problema das drogas” também já fez (e continua fazendo) muita gente ficar milionária, principalmente porque não existem soluções prontas que sirvam a todos/as. Com isso, raramente são estudados os usos não problemáticos, muito menos como suas práticas culturais podem nos ensinar para que tracemos planos mais condizentes com os princípios básicos de qualquer processo educacional. Um destes princípios seria o de *conhecer o público-alvo de nossas ações*. Usos não problemáticos existem também entre as drogas tornadas ilícitas, tão certo quanto beber uma ou cinco cervejas pode fazer uma pessoa bêbada, mas não fará dela necessariamente uma pessoa propensa ao alcoolismo. A diferença está em escutar a pessoa. Caso a caso. Não há milagres, mas muitos são anunciados à venda – e seu preço costuma ser tão alto quanto a pretensão de extinguirem-se as drogas do planeta. O grande mercado da proibição não só não parece nada assustado, como também parece comemorar a pouca eficácia da repressão. Afinal, *só a repressão pode ajudar a manter o tráfico lucrativo*.

Mas já escrevemos demais sobre o porquê de existirmos, e o porquê de lutarmos por coisas banais, como *políticas públicas de qualidade* e menos influenciadas pelo grande lobby em torno da proibição. Estamos aqui para falar de nossa riqueza e de nossa diversidade – ou seja, para falar de como podemos usar o exemplo deste movimento de pessoas que usam drogas, para pensar sobre o potencial das tais *novas políticas* de drogas. Afinal, o que estamos pretendendo como solução? Vale lembrar que, até então, este movimento sequer se reuniu *oficialmente*. Então este ponto de vista será, como todos os outros, *a vista de um ponto*. Falaremos a partir de uma experiência prática, sobre o histórico das manifestações públicas que debatem mudanças nas leis de drogas.

Estas manifestações nem sempre tiveram o nome de “Marcha da Maconha”. Remetendo-nos às manifestações contraculturais, já tivemos contato com pessoas que protagonizaram movimentos semelhantes desde os anos setenta, em iniciativas diversas, como panfletos, jornais, revistas, encontros, etc.

Dos anos oitenta aos noventa, podemos perceber o surgimento da academia como outro espaço mais definido onde as ideias críticas à ideologia repressiva se fariam presentes, em monografias, teses, seminários e dissertações. Pudemos conhecer ativistas de grupos como o “Baseado Na Luta”, de Porto Alegre, atuante na década de noventa, por exemplo – e assim devem ter havido vários outros pelo Brasil.

No início deste milênio, São Paulo e Rio de Janeiro sediariam a *Passeata Verde*, e com a capilarização possibilitada pela internet, lembramos do *Growroom*²⁰, fórum dedicado à cultura canábica, que reúne milhares de membros *online*, tendo precedido (e influenciado) o recente surgimento de muitos outros sítios sobre o assunto²¹. O fato é que a internet parece ter unido esse povo todo, facilitando a conexão entre pequenos *guetos* e a livre (e saudável) troca de saberes ainda clandestinos, potencializando-os²².

De repente, uma necessidade crescente de falar sobre certas coisas inevitavelmente fazia com que as pessoas sássem do *gueto* e comunicassem à sociedade. Como diz a letra do grupo *Black Confusion*, *o mundo lá fora precisa de nós*.

Desde seu surgimento, várias foram as acusações e polêmicas quanto à ideia de um grupo discutindo alternativas às políticas proibicionistas. Falemos de Porto Alegre: a reunião de um grupo de pessoas, numa sala próxima ao Diretório Central dos Estudantes (DCE) da UFRGS, em maio de 2005, contara com quase 80 participantes "em um sábado frio e chuvoso" - como relatou Dênis Petuco, presente no evento. Trazemos aqui um relato de outra pessoa que estava lá - e cuja memória de longo prazo, ao que parece, não foi afetada:

²⁰ <http://www.growroom.net>

²¹ Pensamos fazer sentido incluir aqui não só *sites* de coletivos como os de São Paulo (<http://coletivodar.wordpress.com>) e Recife (<http://filipetadamassa.blogspot.com>), mas também os de cultura canábica geral, como <http://ecognitiva.blogspot.com>; <http://hempadao.blogspot.com>. Pedimos desculpas desde já por eventuais esquecimentos, mas vale a pena pesquisar nestas redes!

²² - VIDAL, Sérgio. Colhendo Kylobytes: o Growroom a cultura do cultivo de maconha no Brasil. UFBA, 2010. Disponível em:

<http://www.slideshare.net/growroom/colhendo-kylobytes-o-growroom-e-a-cultura-do-cultivo-de-maconha-no-brasil-3404238>. Acesso em 20.04.10.

Quando eu ouvi falar pela primeira vez no Princípio Ativo, em um cartaz anunciando a primeira reunião, em maio de 2005, lembro que eu pensei: bom, vai juntar meia dúzia de maconheiros, vamos levar nossos baseados e ficar todo mundo fumando e conversando a respeito, meio que despreziosamente. [...] As primeiras palavras de um dos responsáveis pelo evento foram: "*galera, não quero que vocês me levem a mal, mas vou ter que pedir para quem tem maconha que saia, deixe em outro lugar e depois volte, porque aqui já somos bastante visados, e tudo que não queremos é dar pretextos para quem já está procurando motivos para nos criticar*". Logo de cara, já ficou claro que ninguém estava ali de brincadeira. Não era só uma questão de simplesmente querer ser ouvido, mas sim uma questão de ter o que dizer, e por isso fazer questão de ser ouvido. Aquela sensação de que meu baseado podia não ser tão ruim quanto algumas autoridades pintavam ganhou novos contornos com a discussão sobre redução de danos: pior do que usar drogas é usar drogas sem a mínima consciência dos riscos a que você se submete fazendo isso. Há muito tempo a discussão sobre as drogas fugiu daquilo que deveria ser o principal: pode o Estado regular as liberdades individuais dos cidadãos sob o pretexto de protegê-los? E será que o Estado está ao menos sendo eficiente, se sua intenção é mesmo proteger os cidadãos? [...]...foi o primeiro espaço que eu encontrei para ouvir sobre a política contras as drogas sem os preconceitos e o moralismo que o senso comum muitas vezes nos habitua a achar natural. E por enquanto foi também o único espaço que eu achei para isso. Mas se é mesmo verdade aquele ditado que diz que "depois que passa boi, passa boiada", temos motivo para sermos otimistas! - Pico (cartunista).

O otimismo é contagiante, principalmente quando paramos para pensar na riqueza de um relato que associa uma mera reunião “de maconheiros” a uma reunião onde era possível: o empoderamento de sujeitos, a promoção de saberes preventivos sobre drogas e, no horizonte próximo, o exercício cidadão do controle social.

Mas, relatos à parte, a caminhada do grupo e o seu aprendizado como movimento social se deu às cegas. O debate gerou polêmica na Universidade, com centenas de cartazes sistematicamente colados nos *campi* da UFRGS, atestando ser "um absurdo" que "o DCE tenha participado de reunião *a favor das drogas*". Decidimos

colar, ao lado, cartazes em resposta. Basicamente, além de tentar responder aos ataques com argumentos e referências bibliográficas, alertávamos primeiramente que o evento não tinha nada a ver com o DCE, nem com membros deste. Além disso, dissemos que defender novas políticas de drogas, considerando os usos de drogas como uma realidade (e não como algo que pudesse ser banido da face da terra) era algo bem diferente de sairmos por aí *pregando o uso* de drogas.

Alguns dias depois, outro cartaz do "DCE sem drogas" fora publicado nas mesmas paredes. Teoricamente, seria uma *tréplica* – porém, repetiam-se os mesmos ataques, sem diálogo algum, e mais uma vez, criticando *a turma do DCE*.

Politicagem dos "opositores" à parte, o caso foi interessante por nos apresentar a primeira grande barreira: não estávamos lidando com um debate argumentativo. A opinião em geral a respeito de drogas não tem a ver com as ditas informações objetivas. Aprendemos ali que o foco no debate sobre as drogas são os entendimentos morais, ou seja, as paixões que o assunto desperta. Estávamos, portanto, diante da tarefa nada fácil de lidar com tensionamentos sobre os modos de viver e pensar a vida na cidade - o que iria muito além de combater a estigmatização de maconheiros/as refutando esta ou aquela notícia ou pesquisa. Ao mesmo tempo, se alguma coisa se destacava a nosso favor, era que trazíamos *sugestões* para que as políticas de drogas mudassem.

De 2006 em diante veríamos no Brasil o fortalecimento de coletivos voltados a puxar estas manifestações. Ao todo, somar-se-iam Recife, Rio de Janeiro, Salvador, Brasília, Florianópolis, Porto Alegre, São Paulo, Curitiba, Belo Horizonte, João Pessoa, Natal e muitas outras. Finalmente, faríamos uma manifestação nas ruas, que então ainda estava com nome indefinido no Brasil, mas que, em debate entre algumas pessoas dos coletivos no país, passaria a se chamar de "Marcha da Maconha".

Não se sabia como poderíamos traduzir o *World Marijuana March* que ocorria em diversas cidades do mundo. Sabíamos que a cobertura da mídia era absurda, para dizer o mínimo. Dentre todas as cidades famosas a reunir centenas ou até milhares de

manifestantes, as únicas noticiadas pareciam ser aquelas onde a polícia agredia pessoas nas ruas (caso da Grécia em 2009, por exemplo). Sabíamos disso e queríamos pensar estrategicamente.

Algumas pessoas achavam a palavra “maconha” algo agressivo ou até acintoso. Ganhou a maioria, e com argumentos convincentes. É que na época das primeiras campanhas de proibição da planta no Brasil, *maconha* não era um termo muito popular para a erva, mais chamada de *fumo-de-angola*, *pango* ou *diamba*. Porém, *maconha* servira melhor para operar a criminalização da população negra em geral. Afinal de contas, como dizem historiadores do assunto, *maconha* é uma palavra da língua banta *quimbundo*, *ma'kaña*, que rimava com *macumba* e que, enfim, vocês entenderam.

As campanhas eram explicitamente racistas, como são as campanhas antidrogas de hoje também. A diferença é que as de hoje são mais sofisticadas - criminalizam a pobreza, e a pobreza (por acaso?) ainda é negra. Logo, voltando à escolha do nome: se era para falar no assunto, que tal se usássemos *exatamente* esse nome criminalizado? “Marcha da Maconha” parecia um bom primeiro passo. E ainda está sendo uma bela resignificação. Quando certos jornais se veem obrigados a noticiar, por exemplo, que “Marcha da Maconha em Recife reúne 1.500 pessoas *sem incidentes*”, estão engolindo a mesma palavra que durante décadas associaram à violência.

Já falamos sobre a dificuldade em garantir o direito de falar. E o que defendemos, na prática? Bem, aí entram as diversidades e riquezas de nosso movimento. De um modo geral, temos uma posição bem definida sobre como *não* deveriam caminhar as diretrizes de saúde, educação ou segurança pública, diante da questão das drogas. Não achamos inteligente eleger bodes expiatórios para falar da(s) violência(s) urbana(s): nem mesmo a legalização, como medida assim isolada, é vista como uma saída ideal.

A primeira lição é justamente fugir dos ideais milagrosos. Quanto à Educação, também não esperem que elogiemos aquelas *palestras antidrogas* onde, à guisa de “informação”, pessoas autointituladas “ex-drogadas” mostram sua dentadura para dizer: “*este* é o futuro

dos drogados de hoje?”. Como se diz por aí, geralmente estas palestras têm um intervalo para o uso indiscriminado de drogas estimulantes como café e (no Sul) chimarrão. Arriscamos dizer ainda que, não raro, essas palestras terminam em um bar - o que costuma ser ótimo, aliás. Somos simpáticos à ideia segundo a qual as drogas não precisam deixar de existir para que possamos acolher as diversas relações (prazerosas ou problemáticas) que as pessoas travam com elas.

Em outras palavras, acreditamos que as potencialidades da educação são mais interessantes que as potencialidades da repressão armada. Nossa crença se reforça quando vimos que a ideologia da repressão deseja criminalizar também a livre expressão do pensamento. Parece um tanto óbvio: a ditadura militar já passou, dizem. Mas falar certas coisas sobre drogas em alguns lugares ainda é bastante polêmico. Você pode apanhar, ir preso/a... Estamos em 2010.

Mas em que pese a fama de polêmica, a Marcha da Maconha, até o momento, nunca foi pensada com um viés de enfrentamento. Claro que a desobediência civil, particularmente no momento em que qualquer maconheira/o acende o seu cigarro ilícito, é e sempre será um ato de resistência isolado. Mas as Marchas, que normalmente ocorrem em locais onde diversas desobediências civis enfumaçadas já ocorrem nas cidades, são experiências diferentes de *resistência*. É diferente ir às ruas em conjunto, num espaço público, reivindicando um território de livre expressão de ideias (sem usar nada), do que inalar uma fumaça proibida para dentro de nossos pulmões.

E então, pensamos sobre como este mesmo ato de fumar maconha (ou o ato de ver alguém fumando, ou conhecer alguém que fuma etc.), poderá ganhar novas interpretações, diante do acontecimento da Marcha nas cidades. Um dos comentários que recebemos em um *blog* foi o que segue:

Tenho 51 anos, sou mãe de filhos já crescidos e com suas vidas bem encaminhadas. Não sei se sou a favor ou não da liberação, honestamente ainda não consegui chegar a uma conclusão. Mas achei ótima essa manifestação porque faz com

que pessoas como eu tragam o assunto a debate. Me orgulho muito dessa rapaziada que se dispõe a levantar esse assunto. Obrigada, gurizada boa!!!!

Além desta, temos outra pequena mostra dos conteúdos de cartazes que foram levados pelos/as manifestantes em 2010: “Marcha da Família Consciente”, “Preconceito – nem morto”, “Hemp is Life!”, “Farmácias: fornecedoras de dependências químicas!”, “Salve a liberdade de expressão”, “Droga proibida, Máfia agradecida”, “Legalize a paz, legalize a liberdade. O tráfico vive da ilegalidade”, “Reprimir é negar o diálogo”.

Assim, podemos perceber as nuances daquilo que fazemos. Não pretendemos chocar as pessoas, mas também não pretendemos simplesmente mudar o texto de uma lei. Pretendemos, sim, a construção destes pequenos espaços em nossas cidades, destes pequenos momentos onde é possível olhar para as pessoas que usam drogas como – enfim – pessoas, com direitos e deveres.

Afinal, enquanto houver estigmatização, não será possível um ambiente onde as informações sobre drogas possam circular livremente na sociedade, para o bem de todos/as que usam ou não drogas. Enquanto houver medo de falar, não será possível um acolhimento eficaz da realidade das drogas pelas políticas públicas de saúde, educação, desenvolvimento social, segurança... E, sem nada disso, tampouco será possível uma mudança de fato na cultura da violência, cuja apologia é praticada, muitas vezes ingenuamente, pelas pessoas que se apegam às promessas fáceis da proibição.

Temos ainda muito a amadurecer em nossas reivindicações, que certamente não se resumem a um grupo de pessoas exigindo direitos de consumidores/as. Isso implica em estarmos preparados/as para escolher se desejamos mudar para um modelo que entenda as drogas somente como produtos, ou um que compreenda as várias maneiras pelas quais as drogas poderão circular na sociedade. Estas maneiras não irão determinar, mas poderão sugerir, o tipo de relação que as pessoas terão com as drogas. Problemas existirão.

Hoje temos problemas graves, oriundos da clandestinidade, da criminalização do livre diálogo e da repressão violenta. Também podemos ter problemas se, em conjunto com algum mercado mais regulado (como o é o do tabaco, por exemplo), elas forem produzidas e distribuídas pelo Estado. Igualmente, também podemos ter problemas se as drogas circularem como mercadorias em prateleiras de farmácias ou supermercados.

Em países como Portugal, há uma experiência de dez anos que tem dado mostras de sucesso com relação ao acolhimento de usos problemáticos, e de um modo geral, com relação ao acolhimento da ignorância da sociedade sobre drogas. A demanda no setor da Saúde, certamente, não irá mudar de forma tão drástica: somente passaríamos a enxergar uma realidade que hoje ocultamos. Se este “aumento” nas estatísticas for um problema, convenhamos: será melhor do que a atual omissão, da qual só sentimos os sintomas.

Em resumo, devemos considerar que haverá problemas com drogas, assim como consideramos (na falta de melhor comparação) que ocorrerão acidentes de trânsito. Mas, entre reconhecer esta probabilidade e *desejar que isto aconteça* há alguma diferença. O desafio que se coloca é sabermos de quais dispositivos, ações, diretrizes podemos lançar mão para acolher melhor esta realidade. As leis podem mudar sem que os olhares sobre as drogas na sociedade mudem. E aí, não se trata mais de uma questão de opiniões contrárias ou favoráveis: trata-se de uma construção conjunta – que pode começar (por que não?) pela autocrítica das próprias Marchas.

Assim, para encorajar os/as demais atores sociais, aqui vão algumas perguntas para nós, que marchamos: estamos de fato nos preocupando com o empoderamento dos sujeitos? As marchas poderiam, num futuro próximo, acabar *capturadas* pela mesma lógica que hoje transforma drogas em produtos, e cidadãos em consumidores/as? A saber, em alguns modelos de legalização, como o estadunidense, assistimos a propagandas idênticas às de cerveja no Brasil, com os mesmos apelos de mulheres *photoshopadas* em biquínis minúsculos feitos de flores de maconha.

O desafio de não nos deixarmos capturar por certas lógicas pode ter muito a ver com um movimento que fala, afinal de contas, sobre os livres usos do corpo – e da mente. Valendo para todos/as, marchantes ou não, pensarmos: *em que medida estou contribuindo para a construção de políticas de drogas inclusivas, educativas - sem tanta hipocrisia?* Seja o que for, desconfie da ilusão de buscar um “mundo sem drogas”. Temos, ainda, muito que aprender com elas.

Trabalho de campo e a construção de políticas para usuários de drogas” - a questão dos usos de crack na atualidade: um olhar sobre usuários e usuárias.

Luana Malheiro e Edward MacRae

A substância psicoativa conhecida como *crack* surge no cenário mundial na década de oitenta, como uma nova forma de consumo do cloridrato de cocaína, inicialmente nos guetos de grandes cidades dos Estados Unidos da América. Sob a égide da política proibicionista daquele país, insumos químicos necessários para o refino do cloridrato de cocaína, como o éter e a acetona, foram retirados de circulação no mercado. Impedidos de continuar com o comércio de cocaína em pó, os traficantes criaram uma nova forma de se consumir a substância, com uma produção mais caseira e menos pura, o *crack*. Para a sua produção, era necessária a diluição de pequenas quantidades de cloridrato de cocaína em bicarbonato de sódio ou amoníaco em água. Era considerada uma produção de baixo custo e alta rentabilidade: com poucas quantidades de cloridrato era possível a produção de grandes quantidades de *crack*²³.

Esta época é caracterizada pelos autores Reinerman e Levine como o pânico do *crack* ou “*crack* scares”. A mídia local e políticos da época atuavam no sentido de produzir um consenso social de que o uso de *crack* era responsável por importantes problemas sociais, como a criminalidade e violência; seria a emergência do grande mal, ou como diriam reportagens da mídia local “a droga da

²³ REINARMAN, C.; e LEVINE, H. G. *Crack in America - Demon Drugs and Social Justice*. Berkley: University of California Press; 1997;

morte”, que estaria se espalhando para a cidade pelo subúrbio e iria destruir a sociedade americana.

Observa-se hoje no Brasil a retomada das idéias do pânico do *crack* da década de oitenta nos EUA. A mídia local, bem como propagandas financiadas por órgãos públicos, articula a ideia de que o *crack* seria o responsável por complexos problemas sociais no contexto brasileiro. Este conjunto de escritos e falas de autoridades públicas parte de princípios moralistas e emocionais, sem se basear em informações de cunho científico. Tal conhecimento pouco tem contribuído para a elaboração de políticas públicas que visem a produzir alternativas viáveis para lidar com a questão do consumo de *crack* no Brasil.

É preciso a superação de estereotipagens e estigmatizações decorrentes de um contexto de sensacionalismos exagerados com relação às pessoas que usam *crack*, para a construção de um conhecimento pragmático, que vise a detectar demandas de saúde inseridas nas realidades socioculturais desta população.

Autores como Gilberto Velho²⁴ e Richard Bucher²⁵ enfatizam o papel desempenhado pela estigmatização das drogas ilícitas e de seus usuários/as na atual ordenação da sociedade brasileira, com todas as suas desigualdades. Na falta de um debate público e com a repetição de ideias falseadas, autoritárias e preconceituosas, opera-se uma desqualificação e demonização dos usuários/as, levando a uma cristalização homogeneizante da sua cultura; acarretando em sua maior marginalização. O reducionismo desta estereotípia serve também para encobrir alguns dos reais problemas estruturais da sociedade, criando um inimigo imaginário, útil à manutenção de uma ordem social desigual: a droga.

Compreende-se que os excessos do consumo de certas drogas em certos momentos históricos e em certos países constituem um sintoma social, a ser entendido no contexto global de outros sintomas de marginalização ou de disfunção sociocultural e

²⁴ VELHO, G. Duas Categorias de Acusação na Cultura Brasileira Contemporânea. In: Individualismo e Cultura. VELHO, G. Rio de Janeiro, Zahar, 1981, pp. 55-64

²⁵ BUCHER, R. e LUCCHINI, R. "À Procura de uma abordagem interdisciplinar da toxicomania" In: BUCHER, R. Drogas e Drogadição no Brasil. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992, pp. 181-204

econômica²⁶. Para além de observar os aspectos farmacológicos do uso de substâncias psicoativas, atenta-se para o set (a atitude do indivíduo no momento do consumo, focando também a sua estrutura de personalidade e expectativas sobre a experiência) e o “setting” (a influência do ambiente físico e social no qual ocorre o uso)²⁷.

Qualquer investigador que se debruce sobre a questão das drogas, focando no uso de *crack* entre a população de rua, se depara com a grande quantidade de pesquisas que objetivam detectar os efeitos danosos desta prática na história de vida das pessoas, atentando somente para os aspectos da atuação farmacológica da substância em seus organismos. Inúmeras são as pesquisas que enfatizam o caráter desestruturante do *crack* em diversas dimensões da vida do sujeito²⁸. Como estas pesquisas levam em consideração apenas os usos problemáticos da substância, cria-se o consenso de que o uso continuado acarreta necessariamente usos inteiramente disfuncionais. Esta generalização acaba por encobrir outras modalidades de uso de *crack*, menos danosas e mais funcionais.

Recomendações para o trabalho com pessoas que usam *crack*

Assim, propomos uma abordagem mais ampla do caso. Além de pensar na natureza do produto consumido, torna-se necessário procurar conhecer os usuários em suas múltiplas redes, atentando para suas formas de sociabilidade, seus estilos de vida e as diversas maneiras como interagem com seu meio - seja através de deslocamentos, encontros ou conflitos. Aqui, fatores como a socialização de gênero, idade, classe social, etnicidade e orientação sexual podem se mostrar de grande relevância para desmistificar uma falsa homogeneidade comumente atribuída aos usuários/as de drogas. Desta forma, para embasar devidamente as intervenções sociais voltadas a este público, é imprescindível a realização de

²⁶ BUCHER, R. Drogas e Drogadição no Brasil. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992

²⁷ ZINBERG, N. E. Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use. New Haven: Yale University Press, 1984.

²⁸ FERRI, C.P. et al., 1997; DUNN, J. et. al., 1993; CHEN C.Y., ANTHONY, J.C., 2004.

trabalhos de campo onde as estratégias de consumo mais seguro sejam construídas em parceria com os sujeitos.

De acordo com Becker²⁹, entre redes de usuários de drogas desenvolvem-se conhecimentos que orientam os consumidores em seus reconhecimentos dos efeitos desejados e indesejados, assim como em suas maneiras de reagir a eles. Portanto, é de grande importância que os estudos científicos levem em conta o saber construído pelos usuários em suas redes de sociabilidade, com relação a usos mais seguros de *crack*. Ainda segundo Becker, a experiência de um usuário ao consumir um produto psicoativo é grandemente influenciada pelo seu repertório saberes e crenças sobre a droga. Ele exerce uma função importante na adoção de diferentes modalidades de uso, na atribuição de significados à experiência, na interpretação dos efeitos percebidos e nas suas maneiras de lidar com as consequências de suas práticas.

Durante pesquisa de campo realizada com consumidores de *crack* do Centro Histórico de Salvador/BA³⁰, detectamos métodos para prevenir efeitos indesejados da substância utilizados por consumidores/as, ao lidar com situações onde o efeito da droga não produz mais prazer. Estas situações são basicamente causadas pelo efeito estimulante do *crack* que, segundo os/as consumidores/as, inibe sensações de sono e fome. Como cessar o uso da substância não é o suficiente para atenuar os efeitos sentidos no corpo, essas pessoas fazem uso de outra substância psicoativa, a maconha.

Segundo relatam, o uso de maconha produz efeitos antagônicos aos do *crack*, estimulando o apetite e provocando sonolência. Assim, observam que, ao sentir que estão usando o *crack* de forma demasiadamente intensa, optam pelo uso do “pitolho”- uma mistura de *crack* com maconha. O uso do pitilho, além de ser menos chamativo quando feito em público - pois se parece com um cigarro, ajuda a aliviar a “fissura” quando ela aparece.

²⁹ BECKER, H. "Consciência, Poder e Efeito da Droga". In: BECKER, H. Uma Teoria da Ação Coletiva, Rio de Janeiro, Zahar, 1976, pp. 181-204

³⁰ MALHEIRO, L. Tornando-se usuário de *crack*. 2010. Disponível em: www.neip.info

Este tipo de uso da maconha por usuários de *crack* já foi registrado na bibliografia especializada por dois autores de diferentes pesquisas sobre pessoas que o usam. A primeira, datada de 2000³¹, revela que a maconha pode ser um recurso terapêutico para lidar com a dependência do *crack*. A segunda pesquisa, de Lúcio Garcia de Oliveira³², descreve o uso de pitilho por usuários controlados de *crack*.

O Trabalho de campo em Redução de Danos

O trabalho de campo, na perspectiva da Redução de Danos, possibilita a construção de estratégias que tenham como ponto de partida este saber do usuário. As práticas dos redutores de danos buscam valorizar o saber da população com a qual trabalham – as pessoas que usam drogas – para o planejamento e ações de intervenção, buscando uma discussão coletiva e não restrita ao campo das disciplinas e *experts*.

O trabalho em redução de danos com este público deve produzir o que Campos chama de “efeito Paidéia”³³, ou seja, deve possibilitar a construção de sujeitos co-gestores (co-gestão definida como compartilhamento de poder) de saúde, tendo como pano de fundo o seu horizonte de experiências vividas na comunidade. Retira-se, assim, a primazia da reflexão sobre estratégias de produção de saúde dos gestores institucionais, que por vezes desconhecem a realidade vivida pelos usuários.

Abre-se então a possibilidade de emergirem novos sujeitos atuantes e implicados neste processo. Seria uma educação para a vida tendo como escola a própria vivência, mediante a construção de modalidades de co-gestão³⁴, que permitam às pessoas que usam

³¹ LABIGALINI, E.J. O uso terapêutico de cannabis por dependentes de *crack* no Brasil. In: MESQUITA, F. & SEIBEL, S. Consumo de drogas - Desafios e Perspectivas. Hucitec: São Paulo, 2000, pp. 173-184.

³² OLIVEIRA, L. G. Avaliação da cultura de uso de *crack* após uma década de introdução da droga na cidade de São Paulo. Tese de doutoramento apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Doutor em Ciências. 2007.

³³ CAMPOS, G. W. S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. Rev. Trabalho, Educação e Saúde, 2006, v. 4 n. 1, p. 19-31.

³⁴ Idem.

drogas participarem do comando de processos de trabalho, de educação, de intervenção comunitária e, até mesmo, do cuidado de sua saúde e de seus pares.

Crack, pânico social e desafios atuais

Edna Granja

Semelhante ao que aconteceu nos EUA³⁵, observam-se hoje no Brasil ideias que incitam pânico social diante do crescente uso de *crack*. Subsidiados pela mídia, que veicula propagandas que associam o uso a complexos problemas sociais, tais como a violência e a criminalidade, diversos segmentos sociais provocam o Estado, clamando por providências. Mesmo sem consistência científica, uma vez que os estudos desenvolvidos ainda são recentes e inconclusivos, a população assustada e contagiada pelo sensacionalismo de slogans como “o *crack* mata”, fortalece o referido clamor, o que contribui para a consolidação de estereótipos, que recaem sobre os usuários/as de *crack*, estigmatizando-os/as e restringindo suas possibilidades de ser, além da condição do uso de drogas.

Contudo, o referido clamor social trouxe também um quê de inovação no âmbito das políticas públicas brasileiras. Em maio de 2010, o Governo Federal aprovou, a partir do Decreto nº 7.179, o Plano de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas³⁶. Este prevê a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, esporte, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, de modo a garantir a prevenção do uso, o tratamento e a reinserção social de

³⁵ REINARMAN, C.; LEVINE, H. G. *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. Berkeley: University of California Press, 1997.

³⁶ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm. Acesso em 13.06.10.

usuários/as, bem como o enfrentamento do tráfico de *crack* e outras drogas ilícitas.

A orientação é que as ações incitadas pelo Plano sejam executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da aproximação e responsabilização da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Trata-se de um Plano ousado que, embalado por diretrizes como a intersetorialidade, interdisciplinaridade, integralidade, participação da sociedade civil e o controle social, propõe iniciar um diálogo entre setores - cuja aproximação é historicamente difícil, para lidar com um problema ainda controverso, que é o uso de drogas na sociedade brasileira.

A aprovação do referido Decreto foi disparadora de movimentos estaduais e municipais de elaboração de planos de intervenção e também de sistematização de práticas já em desenvolvimento. Em Pernambuco, posterior à aprovação do Plano Nacional, foi iniciada a construção da Rede Estadual de Enfrentamento ao *Crack*, com o objetivo de reunir esforços governamentais e não-governamentais para enfrentar o que é nomeado como um “grave problema” da sociedade. É a partir desta Rede que será construído o Plano Estadual de Enfrentamento ao *Crack*, que, seguindo as diretrizes do Decreto Nacional, deve envolver diversos setores na elaboração e execução de ações de enfrentamento.

As ações propostas, tanto nacionalmente quanto estadualmente, envolvem a ampliação e integração da rede de atenção aos usuários/as, a capacitação dos profissionais para intervenção e a coibição do tráfico. Tais ações também têm repercussões diretas nos municípios, que começam a desenhar os seus planos, em consonância com o movimento estadual e nacional.

O desafio do presente é por um lado articular essas ações, evitando duplicidade de intervenção e/ou sobreposição de sistemas sociais. Por outro lado, é preciso reconhecer outras vozes que inscrevem entre as providências esperadas: a internação e a reclusão de usuários e usuárias de *crack* como único recurso terapêutico eficaz. Trata-se de uma tentativa de posicionar o/a usuário/a de drogas em um lugar semelhante ao que foi designado historicamente ao louco e à loucura em diversas sociedades.

Parece importante, neste momento, resgatar as análises sobre a estratégia de internação, amadurecidas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica. A internação prolongada e institucionalização das pessoas, ao afastá-las de seus territórios geográficos e, sobretudo, simbólicos, não contribuíam para o resgate da autonomia e sua preparação para as diversas possibilidades de convívio social. É partindo desse entendimento que o Hospital Psiquiátrico é destituído do seu lugar de única alternativa no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico e os serviços substitutivos são construídos, tendo como prerrogativa o intenso diálogo com a comunidade. São serviços que precisam funcionar *para fora* e não *para dentro*, rompendo com o modelo de instituição totalizante, expresso pelas comunidades terapêuticas e os Hospitais Psiquiátricos. É a partir dessas reflexões que a estratégia de internação abre espaço para a compreensão de que a liberdade é, em si, terapêutica³⁷.

Logo, parece ser importante buscar alternativas para o tratamento do usuário de drogas que não se configurem como retrocessos na discussão da saúde mental. À luz da redução de danos como referencial teórico, instrumento de intervenção e, sobretudo, como posição política, é possível entender que a transformação em jogo não é somente a do hábito de consumir drogas, desenvolvido por determinadas pessoas. O que parece estar em jogo é o complexo sistema de produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas, que precisa ser considerado em sua dimensão macroestrutural, e historicamente situado. É um olhar mais complexo incita necessariamente uma intervenção também mais complexa, consonante com os princípios da reforma psiquiátrica e com o reconhecimento das pessoas, sejam usuários/as de drogas ou não, como sujeitos de direitos.

³⁷ AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
LANCETTI, A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 2007.

Saúde Mental, Álcool e Outras drogas na Atenção Primária

Naíde Teodósio Valois Santos e Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque

Falar em políticas públicas de saúde mental no Brasil é uma possibilidade recente³⁸, conquistada a partir da redemocratização do país e da reforma psiquiátrica. Esta última, na década de 1980, possibilitou um novo olhar sobre os portadores de sofrimento psíquico. A questão dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e de uma ética inclusiva em relação à loucura ganhou espaço a partir da chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a criação de serviços substitutivos ao modelo de atenção centrado no hospital³⁹.

A questão dos transtornos associados ao uso abusivo e à dependência do álcool e de outras drogas é tema ainda mais recente⁴⁰, que só aparece enquanto proposta de intervenção pública em 2001, na III Conferência Nacional de Saúde Mental⁴¹. Em 2003 é lançada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e apenas em 2006, a partir da Lei nº 11.343/2006, é que traficantes e pessoas que usam substâncias ilícitas passam a ser diferenciados: os

³⁸ BORGES, C.F., BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, fev. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 13.07.10.

³⁹ BRASIL. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Relatório de Gestão – 2003-2006. Brasília; DF: Ministério da Saúde, 2007.

⁴⁰ BRASIL. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Série E, Legislação de Saúde. Brasília; DF: Ministério da Saúde, 2003.

⁴¹ Conferência Nacional de Saúde Mental, 3ª. Relatório Final. Brasília; DF: Ministério da Saúde, 2002.

que demandarão a intervenção da segurança pública e os que serão submetidos à área da saúde mental, à justiça terapêutica e aos tratamentos compulsórios⁴².

Mesmo com os avanços no campo da legislação, preconceitos e mitos ainda permeiam a abordagem às pessoas que utilizam as substâncias psicotrópicas, assim como aos que sofrem de outros transtornos psíquicos. Estas sofrem com as consequências do uso abusivo, com a discriminação e exclusão social, além de se encontrarem geralmente em estado de vulnerabilidade social.

Tal problemática precisa ser enfrentada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente mais evidenciada pelo aumento e pela “democratização” do uso do *crack*. Antes mais restrita aos pobres, principalmente moradores de rua, hoje também é consumida pelas classes média e alta⁴³.

O Ministério da Saúde vem investindo na criação de equipamentos substitutivos ao modelo manicomial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas, assim como o Programa de Volta pra Casa⁴⁴. Para as pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, propõe-se a criação de uma rede de serviços de atenção integrada à rede do SUS, que evite a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas fechadas⁴⁵. Foram então criados os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) e os Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas (SHRAD), também conhecidos por Unidades de Desintoxicação (UD) ou Leitos em Hospital Geral.

⁴² BRASIL. Lei nº 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, DF, 2006c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm>. Acesso em: 15.03.08.

⁴³ SENAD. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília, DF, 2010.

⁴⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Programa “De volta para casa”. Brasília, DF, 2003.

⁴⁵ DELGADO, P.G., MACEDO, P.R., CORDEIRO, F., RODRIGUES, S.M.. Álcool e redução de danos: construção de uma política intersetorial efetiva. In: Brasil. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Mesmo com estes dispositivos, a atenção aos transtornos psíquicos – psicoses, neuroses, depressão, uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas (AD), entre outros – não pode ficar restrita aos serviços especializados, nem ao setor saúde. Outros serviços e níveis de atenção do SUS, demandados cotidianamente a fim de resolver problemas advindos da Saúde Mental (SM), também se deparam com a necessidade de um novo olhar sobre as questões do sofrimento mental, inclusive das dependências, no âmbito da promoção, da prevenção, do tratamento, da reabilitação e da inclusão social.

Para a construção de um modelo integral de atenção à saúde, há que se pensar em dispositivos da saúde que atuem a partir do território, articulados com serviços especializados, de média e alta complexidade, e com serviços e ações de outros setores, como a educação, assistência social, justiça, segurança, esporte, cultura e lazer, desenvolvimento social, entre outros. É preciso um desenho de rede com responsabilidade sanitária sobre os sujeitos, de base territorial, onde o primeiro nível – a Atenção Primária – seja a principal porta de entrada com possibilidades de resolução de parte das diversas demandas da SM, dentre as quais destacaremos aquelas advindas do uso abusivo e da dependência de AD.

Atenção às pessoas que usam Álcool e Outras Drogas na perspectiva do SUS

Partimos do entendimento de que a atenção à saúde deve atender as demandas das pessoas que usam drogas, respeitando os princípios do SUS.

Sendo *universal*, sem distinção de classe social, gênero, raça, credo ou orientação sexual, o SUS também deve atender as necessidades daqueles/as que decidem consumir drogas, cidadãos/ãs de direito, inclusive sobre o que colocam para dentro de seu corpo, respeitando os limites dos direitos e da segurança do outro e de seu coletivo.

Para ser *equânime*, o SUS precisa dar resposta a uma diversidade de demandas da SM no que diz respeito ao AD. Além da diversidade das necessidades de cuidados provenientes dos diferentes tipos de uso – recreativo, problemático/abusivo e dependência⁴⁶; também se faz imprescindível considerar a variedade de ações para um público heterogêneo – crianças, adolescentes, homens, mulheres, idosos, índios, presidiários, profissionais do sexo, entre outros.

É importante pontuar que, de acordo com a Estratégia da Redução de Danos, a abstinência é uma das opções de cuidado, sendo que para crianças e adolescentes é a única defendida e almejada, devendo-se investir na proteção dos menores, visando seu crescimento e desenvolvimento integral, retardando ao máximo a idade de início do uso.

A Redução de Danos pode ser considerada como um *paradigma* que constitui um olhar diferenciado sobre a questão das drogas, no qual se institui novas tecnologias de intervenção, baseadas no respeito às diferentes formas de ser e estar no mundo das pessoas que usam drogas. Também pode ser considerada como um *conjunto de estratégias* de promoção de saúde e cidadania, construídas pelos próprios atores que buscam minimizar eventuais consequências do uso de drogas lícitas ou ilícitas, sem ter na abstinência o único objetivo do trabalho e da atenção em saúde. Pode ainda designar uma *política pública*, quando esta reconhece a saúde como um direito de todos, promovendo a cidadania das pessoas que usam drogas⁴⁷.

Ainda como pilares do SUS, a Saúde precisa atender aos princípios da *integralidade* e da *intersectorialidade*, diretrizes-chave na construção de um novo modelo de atenção. Falamos da integralidade das ações sobre determinantes, riscos e danos à saúde⁴⁸, ou seja, da

⁴⁶ MELCOP, A. G.; CAMPOS, A. R.; FRANCH, M. Sem preconceitos: um guia sobre o consumo de drogas para profissionais, usuários e curiosos. Recife: Centro de Prevenção às Dependências, 2002.

⁴⁷ ABORDA. Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos. Disponível em <http://www.abordabrasil.org/>. Acesso em 21.07.10.

⁴⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília, DF, 2005b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em:

promoção da saúde – onde destacamos a informação e educação em saúde e a promoção de práticas corporais; da prevenção, do tratamento, da reabilitação e da inclusão social, além de ações intersetoriais e de políticas públicas efetivas.

É preciso considerar a integralidade na construção dos saberes e práticas sobre os problemas relacionados ao uso de AD, a partir dos conhecimentos populares e científicos - estes últimos advindos não somente das ciências da saúde, mas também das ciências humanas, sociais e outras, que incluam uma abordagem diferenciada, considerando a subjetividade e o contexto da família e do sujeito.

Também falamos da integralidade quanto aos diferentes níveis de atenção, todos com sua importância e especificidades, podendo ser porta de entrada para o sistema de saúde que, funcionando em rede, dirige o sujeito para aquele que melhor atenda as suas necessidades no momento.

Os CAPS-AD são dispositivos especializados e de grande importância para a coordenação e a qualificação da rede no atendimento aos problemas relacionados ao consumo de AD. Contudo, considerando a prevalência na população brasileira de dependência ao álcool (12,3%), ao tabaco (10,1%) e à maconha (1,2%)⁴⁹, temos a certeza de que atuando sozinho e de forma desarticulada com os demais dispositivos da rede de cuidados, não será capaz de dar resposta a todo este contingente, ainda mais se considerarmos o uso abusivo e não apenas a dependência.

Na construção de uma rede de atenção integral, a Atenção Primária tem papel fundamental, em especial as equipes da Estratégia de Saúde da Família e os agentes redutores de danos que, por atuarem no território onde vivem as pessoas que usam drogas, podem desenvolver ações mais próximas a estas, articulando todos os recursos sociais existentes, como as redes

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf. Acesso em: 21.07.10.

⁴⁹ GALDURÓZ, J. C., NOTO, A. R., NAPPO, S. & CARLINI, E. A. II Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília: SENAD, 2005.

sociais e de solidariedade, acompanhando e responsabilizando-se por aquele indivíduo. Caberá a todos os atores da rede dar o suporte necessário a uma intervenção diversa e complexa junto às pessoas que usam drogas.

O que a Atenção Primária pode oferecer?

Considerando as limitações do setor saúde em atuar sobre os determinantes das condições de saúde da população, garantindo qualidade de vida a todos/as, destacamos a Atenção Primária como parte imprescindível no processo de cuidado das pessoas que usam drogas. Certamente a Atenção Primária também não fará sozinha este trabalho, que precisa ser integrado e intersetorial, envolvendo diferentes e diversas políticas públicas, que busquem transformações e mudanças sociais na sua gênese, podendo assim vislumbrar uma sociedade mais justa e igualitária, que garanta oportunidades e direitos a todos os seus integrantes, inclusive àqueles/as que resolvam consumir drogas psicotrópicas.

Contudo, sabemos o quanto é preciso assegurar aos indivíduos uma atenção à saúde de qualidade, dos níveis mais “simples” aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, compreendendo-os em sua totalidade – em seu coletivo e em sua singularidade⁵⁰. Para isso, é preciso um olhar guiado pela integralidade, que desloque o foco de atenção da doença para o sujeito, para sua família e para a comunidade, e ressignifique as práticas e saberes na interação de todos os atores.

Este olhar requer novas práticas, dentre as quais podemos destacar as propostas da Clínica Ampliada⁵¹, da formulação de Projetos Terapêuticos Singulares⁵², do trabalho com equipes de referência,

⁵⁰ PINHEIRO R, GUIZARDI, F.L. Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano in: PINHEIRO R, MATTOS R A. Cuidado: as fronteiras da integralidade (Org.). São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

⁵¹ BRASIL. Política Nacional de Humanização. Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>. Acesso em 12.06.10.

⁵² Idem.

do matriciamento das ações⁵³ e, especificamente quanto à atenção às pessoas que usam drogas, a estratégia da Redução de Danos.

Compreendendo o papel e a importância do espaço cotidiano do território como campo de ação do trabalho em saúde, a atuação do redutor de danos junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família potencializa o entendimento e a abordagem das questões relativas ao álcool e outras drogas por estes profissionais. Incorporando tais questões aos seus protocolos e processos de trabalho, compreendendo-as não mais como demandas de justiça e de segurança pública, certamente a Atenção Primária terá muito que oferecer às pessoas que usam drogas: o cuidado e o direito à saúde.

A atuação no território, lócus privilegiado de aproximação com a complexidade e a cotidianidade das relações sociais - que se traduzem por sua diversidade e pluralidade, numa arena de lutas, conquistas e desafios⁵⁴ - imprime grande potencial ao trabalho na Atenção Primária, de ser desenvolvido com atitude solidária, onde a relação de tratamento é substituída pelo cuidado, possibilitando ao profissional ver além do sintoma ou do problema restrito ao consumo de drogas.

“Finalizando” o que estamos apenas começando...

Abordar o tema das drogas e da redução de danos no contexto da Atenção Primária, em especial da Estratégia Saúde da Família – proposta como espaço de fortalecimento de indivíduos e seus coletivos na busca por melhores condições de saúde e de vida, ou seja, em espaço de cidadania – requer, antes de tudo, discutir o desafio da transformação do modelo de atenção e da prática de saúde, caracterizado pela complexidade das transformações nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitude. Somam-se ao tema as questões sociais, culturais e morais, bem como as vivências pessoais, relacionadas ao consumo de drogas.

⁵³ Idem.

⁵⁴ PINHEIRO R, GUIZARDI F.L. (*op. cit.*).

É preciso que os profissionais da Atenção Primária revejam suas posições, valores, crenças, conceitos morais, a fim de que as dificuldades peculiares à temática do consumo de drogas possam ser trabalhadas, permitindo seu melhor conhecimento, bem como da rede e das ações voltadas para o consumo prejudicial de AD, mesmo que ainda estejam comprometidos, em maior ou menor grau, apenas com o encaminhamento de usuários/as para os CAPS-AD - dispositivo considerado como o “responsável” para cuidar do problema.

Não podemos aceitar como natural a visão e a abordagem fragmentada do sujeito, que tem seus problemas “loteados”: a Estratégia Saúde da Família cuida da cirrose, hipertensão arterial, gravidez na adolescência, violência doméstica, recidivas de tuberculose etc.; e o CAPS-AD, do uso prejudicial de AD e da reinserção social. É primordial na Atenção Primária o comprometimento profissional e político com esta questão, identificando e realizando ações voltadas para a redução de riscos e danos no consumo de drogas, garantindo uma visão integral das pessoas que usam substâncias psicoativas.

Para tanto, é imprescindível trazer o consumo de drogas à pauta de discussão da Atenção Primária; tanto as questões conceituais e técnicas relacionadas à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, como aquelas relacionadas às atitudes, vivências e sentimentos. Por outro lado, também se faz necessário o comprometimento dos profissionais dos CAPS-AD com a descentralização das ações, através de apoio técnico e do matriciamento – estudos de casos, interconsultas, visitas domiciliares conjuntas.

Como perspectivas de avanços para a abordagem dos problemas de álcool e outras drogas na Atenção Primária, podemos destacar a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que devem, dentre outras ações, criar estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de AD; e a

proposição da Organização Mundial da Saúde para implementar as Intervenções Breves⁵⁵ neste nível de atenção.

Independente da estratégia utilizada, garantir integralidade na atenção à saúde de usuários/as de drogas requer uma prática de saúde que trabalhe na perspectiva da vulnerabilidade, conjugando as necessidades das pessoas que usam drogas com o oferecimento de um cardápio de serviços e possibilidades de cuidado, pautada numa abordagem responsável, comprometida e resolutiva.

⁵⁵ - SENAD. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília, DF, 2010.

Homens, violência contra mulheres e atenção em saúde mental: algumas reflexões sobre interfaces complexas

Maristela Moraes, Benedito Medrado, Jorge Lyra e Edna Granja.⁵⁶

Este texto foi produzido a partir da necessidade de reflexão imposta pelas associações diretas e usuais entre uso de álcool e outras drogas e violência contra mulheres, encontradas comumente em produções científica, no senso comum e na mídia. Trata-se de um diálogo político, pautado em reflexões teóricas e na ação prática, no contexto das políticas públicas de saúde.

Partimos de um conjunto de leituras e elementos empíricos que indicam uma forte associação entre os episódios de violência de gênero contra as mulheres e o uso abusivo de drogas por parte dos “agressores”⁵⁷. Uma pesquisa recente realizada no Brasil, por exemplo, apontou que em quase metade dos casos de violência dentro de casa (49,8%) o autor de violência havia consumido álcool⁵⁸.

⁵⁶ Para discutir os temas propostos neste artigo, sugerimos as atividades práticas encontradas nos seguintes materiais: 1) Série Trabalhando com Homens Jovens, especialmente a parte intitulada “Da Violência para Convivência”, produzida pelo Instituto PAPAÍ, Promundo, Ecos e Salud y Género. 2) Série Trabalhando com Mulheres Jovens, também produzida pelo Instituto PAPAÍ e parceiros. Para mais informações sobre esses materiais, acessar as páginas web do Instituto PAPAÍ –www.papai.org.br.

⁵⁷ - GRANJA, E. e MEDRADO, B. Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. *Psicol. Soc.* [online]. 2009, vol.21, n.1, pp. 25-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0102-71822009000100004&lng=en&tlng=pt. Acesso em 13.07.10

⁵⁸ - FONSECA, A. M., GALDURÓZ, J. C. F., TONDOWSKI, C. S., NOTO, A. R.. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 10.07.10.

Claro que estes e outros dados qualitativos não devem nos fazer afirmar que a causa da violência contra as mulheres é o uso de álcool. O que queremos aqui é apontar que há uma associação que merece nossa atenção, ainda que tenhamos partido do princípio de que: a) nem todo homem que usa álcool e outras drogas maltrata suas companheiras e outras mulheres; b) muitos homens que cometem violência contra mulheres não dependem do efeito do álcool ou de outras drogas para tal e as agride também quando não estão sob efeito ou consomem álcool e outras drogas.

Inúmeros estudos têm descrito o consumo de drogas como um valor associado à socialização masculina, seja como passagem de vida adulta ou como prova de masculinidade ao longo da vida⁵⁹.

A pobreza, o desemprego e outras formas de exclusão social, parecem também relacionar-se ao uso de álcool e outras drogas entre homens⁶⁰. Considerando que a função de “prover” é algo fortemente associado a “ser homem” e exercer poder, a impossibilidade de corresponder a esse padrão parece gerar outros exercícios de poder, inclusive pela via da violência contra as mulheres.

Alguns autores consideram, inclusive, que por muito que os homens possam direcionar sua violência a um grupo social considerado “submisso” em termos de poder, e nesse caso

⁵⁹ ACIOLI, D. M. O processo de alcoolização entre os Pankararu: um estudo em Etnoepidemiologia. Campinas, Tese-Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2002.

FRANCH, M. Um brinde à vida: reflexões sobre violência, juventude e redução de danos no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. pp. 49-71.

GRANJA, E. e MEDRADO, B. (*op. cit.*)

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2008. 13 (1) 121-133. Disponível em:

[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lng=en&nrm=iso)

[81232008000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lng=en&nrm=iso). Acesso em 05.06.10

NASCIMENTO, P. G. “Ser homem ou nada”: diversidade de experiências e estratégias de atualização do modelo hegemônico de masculinidade em Camaragibe/PE. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 1999.

⁶⁰ MORAES, M. 2008.

estamos falando das mulheres, não é provável que desapareçam os maus-tratos exercidos sobre eles próprios por meio da adequação a essa identidade de gênero masculina. Isto faz com que o maltrato dirigido a outra pessoa seja, ao mesmo tempo, um maltrato a si mesmo - em função também dos vínculos sociais e afetivos que unem autores de violência e pessoas maltratadas⁶¹.

Não estamos colocando os homens no lugar de vítimas de sua própria violência ao cometer violência contra outras pessoas, mas queremos chamar atenção para a força que a imposição desses modos de exercer as masculinidades tem na vida das pessoas.

Obviamente considerando que a violência contra as mulheres é uma violação de direitos e um crime, propomos ir além de uma concepção dos homens autores de violência como entes demonizados, tentando fugir da leitura dicotômica vítima-agressor, que pouco contribui para uma compreensão da complexidade dessas inter-relações⁶².

Do mesmo modo que as reflexões feministas contribuíram para a não cristalização do lugar de vítima em relação às mulheres submetidas à violência, propomos também, a partir dos mesmos marcos do feminismo, uma mudança de olhar sobre os homens, para não fixá-los unicamente no lugar de agressores, já que se tratam de processos dinâmicos e cheios de possibilidades e lugares mutáveis.

As mulheres têm sido alvo de injustiças sociais de ordens variadas ao longo da história. Todavia, podemos dizer também que muitos homens, em condições sociais variadas, também enfrentam a impossibilidade e a obrigação de responder a um modelo hegemônico de masculinidade que os expõe a situações de vulnerabilidade.

⁶¹ PUJAL I LLOMBART, M. El feminisme. Barcelona: Editorial UOC, 2005

⁶² FIGUEROA-PEREA, J. G.. La representación social de los varones en estudios sobre masculinidad y reproducción: 'un muestrario de reflexiones'. In: I Seminário Internacional/II Seminário Norte-Nordeste sobre "Homens, Sexualidade e Reprodução: Tempos, Práticas e Vozes, 17-20 junho 2003, Recife. Mimeo.

É claro que não existe uma única forma de ser homem. O que existe é um conjunto de modos de viver as masculinidades entre os homens, também influenciado pelas mudanças provocadas pelo movimento de mulheres e outros fenômenos culturais⁶³.

No entanto, a criminalização dos homens autores de violência parece um fato dado e esgotado em si mesmo, e pouco ou nada se fala sobre esses homens enquanto pessoas, com necessidades específicas de saúde e cuidado, de serviços que possam ajudar a construir outros sentidos para as suas masculinidades.

De um modo geral, a reflexão sobre a vulnerabilidade dos homens no contexto da violência contra as mulheres, especialmente os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, não está presente adequadamente posta no cotidiano das práticas de cuidado, o que gera uma necessidade urgente de discutir como este tema está inserido (ou não) nas agendas das políticas públicas e nas práticas de saúde.

No Brasil, muitos homens autores de violência contra mulheres chegam ou são levados aos serviços de saúde por conta de problemas relacionados ao uso de drogas, e o tratamento incide neste ponto, não havendo trabalho reflexivo sobre outras questões relacionadas ao ato da violência em si.

Além disso, há uma grande expectativa entre as companheiras e familiares desses homens que são “agressores” e “dependentes” de drogas, sobre a possibilidade de “curar” a violência pela cura da “dependência”. Em outras palavras, muitas esperam que seus companheiros deixem de agredi-las depois de um tratamento exitoso para os problemas relacionados ao abuso de drogas; creem que esta é a principal motivação ou o catalisador do ato violento. Algumas delas dizem que os homens muitas vezes utilizam os problemas com álcool e outras drogas como “desculpas” ou justificativas para a violência; ou elas mesmas, para perdoá-los e acreditar que essa é uma situação passageira - “ele está *doente*”.

⁶³ FIGUEROA-PEREA, J. G.. Identidad masculina y sanidad sexual y reproductiva en el contexto de las Fuerzas Armadas de América Latina. México: UNFPA, 2002.

Entretanto, é evidente que também nesses casos há uma relação simplista de causa e efeito. Escutando atentamente a essas mulheres/familiares é possível perceber as contradições em seus discursos. Elas mesmas afirmam que eles já as agrediam antes de terem problemas com o uso de álcool ou outras drogas. Porém, seguem com a esperança de que o problema seja resolvido com o tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial, por exemplo, e esperam que o uso de medicamentos possa também “controlá-los” em suas reações violentas⁶⁴.

Em serviços como os Centros de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS-AD), chama atenção que os homens sejam a maioria da população atendida, diferente de outros serviços públicos de saúde em que as mulheres estão maciçamente presentes⁶⁵.

Sabemos que o espaço do cuidado e do autocuidado está histórico e culturalmente associado às mulheres. Os homens, em geral, são socializados para superar os limites de seus corpos e de sua saúde, e em geral somente irão procurar os serviços de saúde em situações extremas que não podem ser mediadas de outra forma.

Por outro lado, dois elementos merecem ser problematizados aqui: a) a possibilidade de repressão da demanda feminina para tais serviços de atenção à saúde, relacionada ao estigma que recai sobre mulheres que têm problemas com o uso de drogas; b) as construções sociais da saúde como relacionadas simbolicamente ao feminino, às mulheres que cuidam e são cuidadas, que repercutem na organização concreta de serviços de saúde pouco atrativos aos homens e voltados quase que exclusivamente às mulheres e crianças – especialmente os de Atenção Primária no Brasil.

Em toda a rede de atenção à saúde mental é fácil observar os desafios impostos pela pobreza, desemprego e outras formas de exclusão social, as quais afetam diretamente os homens e geram

⁶⁴ MORAES, Maristela (2005). O Modelo de Atenção à Saúde para Tratamento de Problemas Decorrentes do Uso de Drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Dissertação de Mestrado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Recife, Brasil.

⁶⁵ MORAES, 2008 (*op. cit.*).

efeitos desastrosos especialmente naqueles que se dedicam ou aproximam-se de um “exercício” de masculinidade provedora. Muitas vezes, os efeitos negativos dessa situação se veem espelhados em problemas como o consumo de substâncias e em uma suposta necessidade de “reinserção sócio-laboral”, percebida pelos/as profissionais de saúde como o principal obstáculo a uma atenção integral à saúde⁶⁶ - um dos princípios que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS). Tais construções sócio-histórico-culturais expressas em políticas públicas de Saúde do Brasil geram uma situação bastante problemática.

Tomando como exemplo alguns documentos oficiais de políticas públicas do Brasil, evidenciamos que: 1) a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas de 2004 não propõe ações específicas para homens ou faz referência à socialização masculina como um dos fatores determinantes dessas condições de saúde; 2) a Política Nacional sobre o Álcool de 2007 também não faz referências às questões de gênero e masculinidades nem cita os homens⁶⁷, considerados neste contexto; 3) a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem de 2008, posterior à Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/06, que, dentre outras providências, prevê punições para os crimes de violência contra as mulheres), também não deixa claro quais serão as ações propostas na direção de um vínculo entre uma rede de atenção integral a saúde dos homens e o que está ali preconizado.

Observando ainda o texto da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, criada no âmbito do Ministério da Saúde do Brasil, é importante pontuar que embora sejam apresentados aspectos de vulnerabilidade dos homens de forma descritiva, com uma breve reflexão sobre a construção das masculinidades com base em ideias de poder, potência e superação de limites; como também de resolução de problemas de saúde baseada em escolhas pessoais e individuais, acaba considerando que mudanças só são possíveis se

⁶⁶ MORAES, 2008

⁶⁷ MORAES, M. “Uso de álcool entre homens: um olhar de gênero sobre políticas públicas de saúde do Brasil”. Anais da 5ª Conferencia Latina sobre Reducción de Daños (CLAT 5). Porto, Portugal, 2009.

mudarmos a mentalidade das pessoas, o que gera intervenções individualizadas e descontextualizadas.

De todo modo e reservando as críticas cabíveis, a criação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Homens é resultado também da incidência política de organizações não-governamentais que vêm acumulando conhecimentos no campo do trabalho com homens e/ou sobre masculinidades e construíram um conjunto consolidado de estratégias de ação voltadas à população masculina.

A influencia da sociedade civil nesses casos é limitada em seu alcance, principalmente porque a implementação das políticas públicas é função do Estado brasileiro. Entretanto, não deixam de evidenciar a necessidade e possibilidade de trabalho conjunto entre sociedade civil e Estado, para construir uma política de saúde integral.

Um documento que recentemente produzido, organizado pelo Instituto PAPAÍ em diálogo com outras organizações da sociedade civil⁶⁸, apresenta um conjunto de sugestões para a atenção integral aos homens na saúde. Dentre elas, preconiza que os serviços de saúde rejeitem medidas punitivas, restritivas ou culpabilizantes sobre o uso de álcool e outras drogas, e favoreça a responsabilização e o resgate da autonomia dos homens que têm problemas com esses usos. Para tanto utilizando estratégias de redução dos danos, as quais ajudam a garantir os princípios da cidadania e dos direitos humanos. De forma semelhante, propõe que as ações de saúde voltadas para homens autores de violência de gênero sejam ações estratégicas também de prevenção secundária, como forma de enfrentar efetivamente o problema.

Por fim, e de forma objetiva, reforçamos a necessidade de políticas públicas eficazes no campo da associação entre homens, drogas e violência contra mulheres, pautadas em novas construções teóricas e políticas que resgatem o caráter plural, polissêmico e crítico das leituras feministas, a partir de uma perspectiva de gênero que

⁶⁸ MEDRADO, B., LYRA, J., AZEVEDO, M., GRANJA, E., VIEIRA, S. Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde./ Recife: Instituto PAPAÍ, 2009. 60p.

problematize também os contextos de vulnerabilidade aos quais os homens estão submetidos. Não somente dirigir nosso olhar a eles como culpados e a quem há unicamente que punir pelo crime cometido.

Precisamos superar a ideia de que os homens são obstáculos e incluí-los na resolução dos problemas relacionados à violência contra mulheres, para que possamos contribuir com mudanças efetivas em direção a uma equidade de gênero e uma melhoria da vida concreta de mulheres e homens.

Pra não dizer que não falei de drogas. O cuidado de pessoas que usam drogas e a luta antimanicomial⁶⁹

Dênis Roberto da Silva Petuco

Em 1990, Austregésilo Carrano lançava “Canto dos malditos”, depoimento sobre os horrores do cotidiano manicomial, com a potência característica dos textos escritos em primeira pessoa. Já ali, a lembrança de que não foram apenas os loucos a sofrerem mortificações por detrás dos muros dos hospícios; nas casas verdes (públicas ou privadas) espalhadas pelo Brasil afora, sempre houve (houve?) lugar garantido para as pessoas que usam álcool e outras drogas.

Mas não é do livro de Carrano que eu gostaria de falar, e sim de outro, lançado em 1993. Em “Ala fechada”, Caho Lopes descreve sua passagem por uma clínica especializada no tratamento de pessoas usuárias de drogas, em Porto Alegre/RS. A história, ocorrida em 1992, quando o autor tinha 28 anos, rendeu não apenas o livro, mas uma série de reportagens para a televisão - algumas das quais podem ser encontradas ainda hoje no site de compartilhamento de vídeos *You Tube* (basta que se escreva o nome do autor). Mas não chegou a virar filme como o livro de Carrano, cuja versão cinematográfica foi idealizada por Kátia Lund, com o nome de “Bicho de Sete Cabeças”.

Em “Ala fechada”, o pesadelo manicomial é descrito a partir das especificidades das pessoas que usam drogas. Maus tratos, tortura, cárcere privado, uso indiscriminado de fármacos. Qualquer tipo de questionamento com respeito ao modelo de recuperação era identificado como “sintoma”, como “manipulação”. Remédios eram utilizados como forma de castigo, e não como parte um processo

⁶⁹ Texto originalmente publicado em SANTOS, L. M. de B. *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010, pp. 53-64. (editado para esta publicação. N. da R.).

terapêutico. Do lado de fora, os familiares eram induzidos a pensar que estavam fazendo o melhor por seus familiares em tratamento. Logo nas primeiras páginas, vemos o dono da clínica explicar ao pai de Klaus (personagem de Cahó), que o tratamento duraria, em média, dois anos. Sem visitas.

Em 1989, eu passei por este mesmo lugar batizado no livro com o nome de “Jirinovski”, ainda que no relato de Cahó ele não se situe no mesmo endereço do lugar em que fui internado; é que pouco tempo depois de eu ter passado por lá (três anos antes da passagem de Cahó), ocorreu um motim que resultou na interdição do prédio. No livro, a Jirinovski fica em um bairro chamado “Campo Novo”, numa chácara localizada “em média uns trinta e cinco minutos de Petrópolis”⁷⁰; já eu, fiquei em uma casa situada num bairro próximo ao centro de Porto Alegre, a não mais de 15 minutos de Petrópolis, se muito⁷¹.

No livro de Cahó, o referido motim emerge em meio às reminiscências matutinas do personagem que encarna o dono da clínica. Lembra-se do dia em que recebeu um telefonema de um dos seguranças, informando que os internos tinham sequestrado uma estagiária, e mantinham-se isolados no andar de cima. Ao chegar, o Dr. Edgar⁷² percebe que os “rebeldes” entraram em contato com a imprensa. De uma das janelas do prédio, voltada para a calçada, em frente às câmeras de televisão, um interno chamado Afonso mantém um caco de vidro encostado no pescoço da estagiária. O que segue, o livro descreve assim:

Afonso denunciou, perante toda a mídia e cambada de curiosos ali presentes, os abusos e maus tratos a que eram submetidos. Contou praticamente tudo: pacientes encarcerados por dois, três, até mesmo quatro anos sem sequer se comunicar com a família; das periódicas revistas, feitas até nos orifícios anais, em que procuravam possíveis armas fabricadas pelos pacientes; abusos sexuais por parte de seguranças e chefes de plantão, o escárnio

⁷⁰ LOPES, C. Ala Fechada. Porto Alegre: Editora Sulina, 1997. p. 31

⁷¹ Cahó opta por não revelar o nome verdadeiro ou quaisquer outras informações que possam contribuir para a identificação de internos ou mesmo dos responsáveis pela clínica. Ciente dos problemas vividos por Carrano, que foi processado pelos proprietários dos estabelecimentos pelos quais passou, eu opto por manter o mesmo silêncio.

⁷² Personagem do dono da clínica no livro de Cahó Lopes.

dos psiquiatras para com eles; enfim, tudo o que a clínica sempre manteve entre suas paredes⁷³.

Em 1986, realizávamos a 8ª Conferência Nacional de Saúde; em 1988, o Congresso Nacional promulgava a “Constituição Cidadã”; em 1989, tínhamos a intervenção na Casa de Saúde Anchieta e a criação do primeiro Programa de Redução de Danos (PRD) do Brasil, em Santos; eram aprovadas, em 1990, as leis 8.080 e 8.142, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamentando o controle da sociedade sobre as ações do Estado no âmbito da saúde, via conselhos de saúde - respectivamente.

Minha passagem pela Jirinovski, como dito anteriormente, deu-se em 1989. Procurei informações sobre o motim, mas tudo o que consegui foi uma vaga lembrança por parte de algumas pessoas com quem falei, além do relato inscrito em “Ala Fechada”. Cheguei a escrever para Cahô perguntando a data em que ocorreu a rebelião, mas ele também não soube precisar se foi no fim dos anos 80, ou nos primeiros anos da década de 90. Como estive lá em 89, imagino que deve ter sido no início dos anos 90. Temos então: a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986; a Constituição Cidadã, em 1988; a coragem santista em 1989, no mesmo momento em que ocorre minha passagem de apenas uma madrugada e uma manhã na “Jirinovski”; o motim ocorrido em algum ano entre 1990 e 1992; a internação de Cahô em 1992.

Foi apenas uma madrugada e uma manhã. Em um e-mail, Cahô me felicita por ter saído de lá rapidamente, pois ele teve de se virar com os traumas decorrentes de sua internação por muito tempo. De fato, tive muita sorte; meu pai estava em uma viagem pelo Rio Grande do Norte, e tomou o primeiro voo para Porto Alegre. De alguma maneira, ele sabia o que ocorria lá dentro, e me tirou de lá assim que chegou, levando-me a outra clínica. Esta sorte me permite testemunhar algumas coisas vividas naquela manhã, sem ter de me haver com o sofrimento decorrente de uma longa internação naquele pedaço de inferno, como aconteceu com Cahô. Ele próprio, um sobrevivente.

Havia tomado um chá alucinógeno na noite anterior. Fui acordado por dois homens, num quarto com cinco camas além da minha, e

⁷³ LOPES, 1997, op. cit. p. 33

levado para uma espécie de reunião sobre drogas; logo depois, fui retirado dali e levado à presença de um homem que identifiquei como médico, a quem insisti que havia consumido apenas álcool. Lembro-me de tudo isto, mas o mais interessante é que tenho estas memórias, como também tenho a lembrança de que aqueles momentos eram vividos de modo muito peculiar: ser acordado por dois estranhos em um quarto coletivo; ser levado a uma reunião sobre drogas e depois a um médico, nada disto era percebido como algo estranho. Eu entendia que aquilo não era minha casa, que as pessoas falavam sobre drogas, e que era com um médico que eu conversava, mas nada daquilo me soava estranho, como se o sentido das coisas estivesse descolado da sua compreensão. Eu compreendia, mas não sentia...

Até o momento em que o médico me pergunta se eu sabia que lugar é aquele. Minha resposta foi insólita: “Claro! Estou num curso de computação”. Não lembro a expressão no rosto de meu interlocutor, tampouco o seu afeto. Mas lembro da frase: “Não, isto não é um curso de computação”. É estranho, mas no momento em que ouvi esta frase, eu entendi tudo o que estava acontecendo. Lembro-me de ter dito algo como: “Caralho! Eu estou numa clínica!”.

Depois disto, eu já estou no salão onde fiquei grande parte do curto tempo em que estive lá. Havia a televisão, dentro de uma caixa de ferro gradeada (era a primeira vez que via uma estrutura como aquela). Esta televisão ficava no alto, a tela voltada para alguns sofás velhos e esfarrapados (lembro nitidamente que a ideia de sentar-me ali despertou nojo). À direita desta “sala de TV”, havia uma porta que levava até uma ou duas salas para atividades em grupo; à esquerda, havia mesas e bancos.

Em frente a estas mesas, havia um pequeno armário com uns poucos livros. Não encontrei nada de interessante, mas acabei pegando algo mesmo assim. Talvez devido aos efeitos ainda resistentes do chá, eu não conseguia fixar o olhar na escrita, e as letras escapavam o tempo todo. Resignado, soltei o livro e peguei um jornalzinho feito com folhas de papel ofício xerocadas, no estilo fanzine. Tratava-se de um jornal produzido pelos internos, provavelmente em uma das oficinas que ocorriam ali, organizadas pelos estagiários.

Não me lembro de quase nada do que havia ali, a não ser uma única página em que uma espécie de charge ironizava um dos aspectos do peculiar “projeto terapêutico” daquele buraco: o uso indiscriminado

de medicamentos. A charge em questão falava algo sobre “Neozine na veia!”, com letras garrafais, em tom ameaçador. Lembro que eu jamais tinha ouvido a palavra “Neozine” (nome comercial da levomepromazina), mas o formato das letras, a sonoridade daquela palavra não deixou dúvidas, e captei na hora o recado contido naquele desenho: seria melhor cooperar, ou as coisas poderiam ficar ainda piores.

Busco até hoje um exemplar daquele jornal, como um colecionador à procura de uma peça rara. Lembro Deleuze e Guattari, em seu livro sobre Kafka, no qual somos brindados com a noção de “literatura menor”, compreendida não como a produção literária “[...] de uma língua menor, mas antes a que uma minoria faz em uma língua maior”⁷⁴. Para Deleuze & Guattari, Kafka representa este paradigma: um judeu-tcheco vivendo sob ocupação nazista, que se utiliza do idioma alemão para dizer coisas que seriam impensáveis de se escrever e ler naquele momento, naquela língua.

Da mesma maneira, os autores desconhecidos daquele fanzine operavam uma escrita absolutamente incrível para aquele lugar, para aquele contexto. Escritos que, para usar as palavras de Deleuze & Guattari⁷⁵, soam como os de “[...] um cão que faz seu buraco, um rato que faz sua toca”, na busca do “[...] seu próprio terceiro mundo, seu próprio deserto”.

Ao lado do espaço no qual se localizava este armário de livros, havia uma abertura para uma área exposta ao sol. Nas minhas memórias, era um espaço muito pequeno, ao ponto de eu desconfiar de minhas recordações. Não seria nenhuma surpresa que estas recordações tenham mesmo alguns elementos que pudessem se distinguir do espaço como era em sua realidade objetiva (afinal, foram apenas uma madrugada e uma manhã). Mas, por outro lado, não tenho nenhum interesse em expor minhas memórias ao crivo de verdades objetivamente verificáveis. Não é disto que se trata o presente texto. Não é o tamanho do espaço para o banho de sol que vai determinar se esta era ou não uma experiência manicomial. Portanto, não importa se estou certo quando lembro que aquela área tinha algo como sete metros de largura por cinco de profundidade, ou se o espaço era maior que isto; mais importante é saber que havia muros com cerca

⁷⁴ DELEUZE, G. & GUATTARI, F. Kafka – Por uma literatura menor. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 25

⁷⁵ DELEUZE & GUATTARI, 1977, *op. cit.*, pp. 28-29.

de dez metros de altura em todos os quatro lados, e principalmente, que havia uma grade no lugar do teto.

Penso que as grades no teto são uma novidade. Nas conversas que tenho com amigos militantes da Luta Antimanicomial, ainda não encontrei relatos de outros locais em que se tenha encontrado grades no teto. Já ouvi relatos muito piores do que este, sem dúvida, mas o detalhe das grades no teto parece uma macabra especificidade da Jirinovski. Tecnologias do horror...

Neste “espaço para tomar banho de sol”, tive minha primeira conversa com um dos internos. Mais do que lembrar, eu sinto: ele era apenas um pouco mais velho que eu. Talvez 25 anos, em comparação aos meus 18. Conversamos rapidamente, e eu *re-sinto* o clima de medo, expresso nas frases curtas, quase sussurradas, olhos na porta enquanto conversávamos. Conte-ihe o que tinha me ocorrido: o chá, a doideira, eu acordando já na clínica. Falei que precisava conversar novamente com o médico, para desdizer a história do vinho, e contar a verdade: era usuário eventual de maconha, e na noite anterior havia usado chá pela primeira vez. Obviamente eu não era um dependente de drogas, e isto precisava ser dito ao médico. Meu novo amigo disse que os contatos com o médico eram muito raros, e que eu teria de esperar bastante tempo por esta oportunidade. Argumentei que quando meus pais viessem, eu lhes explicaria tudo o que estava acontecendo. Ele me disse que já estava ali há mais de seis meses, sem que seus pais jamais viessem visitá-lo. Aliás, havia ali diversas pessoas que estavam sem contato externo havia mais de um ano.

Talvez eu tenha me assustado. Não lembro. Imagino que eu deva ter ficado com muito medo. Estava preso em uma clínica para dependentes, mas não me sentia como alguém que tivesse problemas relacionados ao uso de drogas. Gostava de fumar maconha de vez em quando, e bebia eventualmente. Nada mais sério do que tantos outros amigos, que tocavam suas vidas, mal ou bem. Não entendia que eu precisasse ficar trancado em um lugar para pensar sobre os malefícios do uso de drogas, mas agora eu estava ali, e uma pessoa acabara de me dizer que tinha chegado havia mais de seis meses, e que estava sem nenhum contato com seus familiares desde então. Por tudo isto, imagino que tenha sentido medo, mas não recordo se tive tempo, pois logo em seguida já éramos todos chamados para o almoço.

Não lembro como foi almoço. Não recordo se a comida era boa ou ruim, tampouco seu aspecto. Lembro-me de mesas brancas, limpas, e que sentávamos em bancos compridos, lado a lado. Não podíamos falar durante o almoço. Todos comiam em silêncio, e o clima (ao menos para mim) era pesado. Ao final do almoço, uma surpresa: organiza-se um bingo, que sorteia dois chocolates entre os internos (algo entre vinte e trinta pessoas). Enchi a primeira cartela e levei meu chocolate. Feliz, abri e ofereci para um rapaz que estava sentado ao meu lado. Vi uma expressão de terror em seu rosto: seus olhos oscilavam do chocolate para os estagiários, enquanto dizia apavorado: “Não, não pode! Não pode!”. Seu corpo recuava, como se o chocolate pudesse dar-lhe um choque. Era como se desejasse deixar muito claro que ele não tinha nada a ver com aquilo, e que o ato transgressor era de minha exclusiva responsabilidade.

Entendi que oferecer chocolates e outras coisas era uma prática proibida, ainda que não tenha entendido naquele momento – e até hoje – as razões para tal proibição. Olhei também para os estagiários, preparado para explicar que eu acabara de chegar, e que tudo não passava de um engano, mas não foi preciso: ou os estagiários entenderam, ou não viram o ocorrido.

Proibir a solidariedade, a comunicação e as trocas. Pode existir uma função terapêutica nisto? Para responder a esta pergunta, seria antes necessário problematizar o próprio sentido de “terapêutico”. Qualquer prática produzida com o objetivo de diminuir sofrimento, de corrigir aspectos que produzem sofrimento, pode ser chamada de terapêutica. Assim, se julgamos que um dos problemas das pessoas que usam drogas é a dificuldade em lidar com regras e limites, isto poderia ser considerado como terapêutico? Creio que sim, a depender de nossos posicionamentos acerca do papel de um lugar destinado a cuidar de pessoas que usam drogas. A questão é: que mundos nós criamos com práticas que investem na proibição da solidariedade, da comunicação e das trocas? Que subjetividades nós criamos quando impedimos duas pessoas em tratamento de dividirem um chocolate? Mesmo em meio a um espaço coletivo, juntamente com outras vinte ou trinta pessoas, havia um nítido investimento na individualidade, em detrimento da solidariedade.

Penso que para além da dimensão terapêutica envolvida na proibição de dividir um chocolate, há uma dimensão intrinsecamente

pedagógica. Que conteúdos ensino quando coloco limites nas possibilidades de solidariedade entre os internos? Paulo Freire⁷⁶ explica: “Conceitos como os de união, de organização, de luta, são timbrados, sem demora, como perigosos. E realmente o são, mas, para os opressores”. Um dispositivo de controle? O acontecimento do motim mostraria, algum tempo depois, que as preocupações eram pertinentes. Afinal de contas, manter um grupo de pessoas confinadas contra a vontade e sob ameaça de controle medicamentoso em caso de “rebelião” é realmente algo muito perigoso.

Práticas terapêuticas e pedagógicas produzindo efeitos. Na Conferência mundial de ONG que se dedicam ao tema das drogas, em Vienna, 2008, houve um momento em que se discutiu a necessidade de eficácia cientificamente comprovada de todas as práticas de cuidado dirigidas a pessoas que usam drogas. Graciela Touzé, militante argentina ligada à ONG *Intercambios*, pediu a palavra para lembrar que qualquer pesquisa conseguiria comprovar que acorrentar pessoas seria uma forma eficaz de mantê-las longe das drogas. A comprovação de eficácia por si só, portanto, não seria o bastante para garantir que esta ou aquela prática de cuidado seja adequada. Os resultados devem ser medidos não apenas pelos ganhos imediatos, mas também por questões como “felicidade” e “autonomia”. O objetivo central deve mesmo ser o de afastar as pessoas das drogas, a qualquer preço?

Depois do almoço, fui chamado a uma sala em que uma estagiária coordenava uma atividade recreativa, ou algo do gênero. Estava trançando fios coloridos em uma base de madeira e pregos, quando a estagiária veio conversar comigo. De alguma maneira, acabei falando que tocava violão (não recordo se havia um instrumento visível na sala, talvez tenha sido isto), e ela pediu para que eu tocasse. Tenho quase certeza que toquei “Vento Negro”.

Neste momento alguém chegou à porta e chamou meu nome. Apresentei-me, e fui informado que meu pai estava ali para buscar-me. Subi ao dormitório e comeci a organizar minhas roupas em uma sacola que me foi dada. Percebi que elas estavam marcadas com números: as meias, as calças, as camisas, camisetas, cuecas, todas as peças tinham um número, um mesmo grande número com cerca de

⁷⁶ FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008. [1970]. p. 161

dez algarismos. Durante algum tempo eu ainda usei algumas destas roupas, numeradas, um código indicando a propriedade de cada peça. Um número de série.

Lá fora, meu pai me esperava. Perguntou-me algo, e eu me lembro de responder com uma única palavra: “rateei”. Saímos dali, entramos em seu carro, e eu não tardei a perceber que não estávamos indo para casa. Paramos em uma importante avenida do bairro Menino Deus, e meu pai me conduziu até outra clínica, na qual fiquei um mês.

Liguei para meu pai enquanto escrevia este artigo. Queria ouvir dele mais detalhes sobre esta história. Queria saber se ele lembrava a data da rebelião na clínica, e tudo o mais que ele pudesse me dizer daquele lugar. O que mais me intrigava era o seguinte: por que razão ele quis tirar-me daquele lugar? Ele sabia que era um lugar ruim? De que modo sabia? Como o motim referido no livro de Cahô ocorreu meses depois de minha passagem pela Jirinovski, obviamente não era uma informação advinda da mídia.

Meu pai relembrou toda a história: estava em um congresso no Rio Grande do Norte, quando recebeu uma ligação de minha mãe. Conta que já naquele momento ele teria dito algo como “este lugar em que você colocou o Dênis é muito ruim, mas quando eu chegar a gente vê”. Voltou no primeiro voo disponível, passou em casa e foi direto para a outra clínica para a qual eu iria depois. Logo em seguida, foi até a Jirinovski e pediu para ver-me, mas informaram-lhe que isto não era possível, pois as visitas tinham de ser negociadas com o médico responsável, dentre outras explicações. Meu pai começou a erguer seu vozeirão de italiano, e a coisa acabou se resolvendo em alguns minutos. Provavelmente uma ligação para os proprietários resultou na liberação, como forma de evitar problemas.

Fiquei curioso. Como é que ele já sabia que aquele era um lugar ruim? O que é que ele tinha ouvido falar? Que tipos de coisas aconteciam lá dentro? Meu pai não consegue lembrar-se de onde veio seu conhecimento a respeito do “projeto terapêutico” da Jirinovski. Teria perguntado a alguém depois que ficou sabendo? Não, não foi isto. Reafirma que ele já sabia daquilo no momento em que minha mãe lhe disse em que lugar eu estava. Só de ouvir o nome, ele já sabia. Pergunto se aquela era uma informação corrente na cidade: “sim, era algo que todos sabiam”, disse meu pai. Mas ele não lembra exatamente de que modo esta informação lhe chegou.

Cheguei a experimentar outros dispositivos além desta passagem meteórica pela Jirínovski. Como já anunciado acima, saí daquele inferno diretamente para outro local, situado à época dentro de um importante hospital privado na capital dos gaúchos. Anos depois, passei por uma comunidade terapêutica. Mas nada tão marcante quanto esta curta passagem pela Jirínovski.

O relato presente no livro de Cahó – leitura que recomendo entusiasticamente – é muito mais rico e visceral do que o que trago nestas poucas linhas. Mesmo assim, julguei relevante que este texto estivesse presente nas páginas de um livro dedicado à reflexão sobre diversos aspectos relacionados ao tema das drogas. Creio que temos muito poucos escritos desta ordem, que problematizam o modelo manicomial em suas interfaces com o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas.

Para que se possa mensurar a importância disto, basta lembrar que muitas equipes de CAPS e outros dispositivos antimanicomiais avaliam a qualidade de suas práticas justamente pela comparação com aquilo que ocorria (ainda ocorre) nos manicômios. Quanto mais parecido, mais distante do que buscamos. É importante, pois, que conheçamos os discursos e as práticas que permeiam tais locais, que os constituem em sua presença e em sua historicidade.

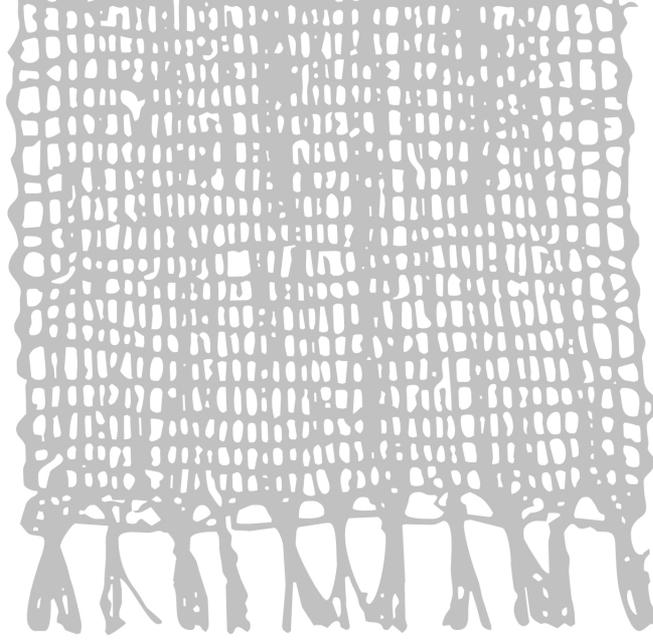
Conhecemos muito sobre as práticas ordinárias em um manicômio: muitos de nós trabalhamos ou estagiamos em locais assim; lemos livros e assistimos a filmes; dedicamo-nos a leitura de Foucault, de Goffman e outros autores que nos falam do cotidiano infernal nos hospitais psiquiátricos. Mas são poucos os relatos como os de Cahó Lopes, importante registro histórico do cotidiano em um destes “depósitos de drogados”. Por que será que são poucos? Por que as pessoas que usam drogas falam tão pouco? Por que razão estes relatos não habitam o campo da Saúde Mental com mais intensidade? Por que nos esquecemos tão facilmente dos motivos da internação de Carrano? Por que o tema das drogas é marginal dentro da Saúde Mental?

Tanto em “Canto dos malditos” quanto na versão cinematográfica de Kátia Lund, o tema das drogas sai de cena logo no início da narrativa, limitando-se à condição de mero estopim do inferno manicomial no qual Carrano termina envolvido. Em “Ala fechada”, o tema das drogas ganha mais densidade, pois todo o modelo de “recuperação”

expresso nas práticas cotidianas no interior da Jirinovski é construído com foco nas especificidades do “tratamento” de usuários de drogas. Trata-se de um exemplo bem acabado de certo modo de pensar e intervir sobre o fenômeno do uso de drogas, baseado em um modelo moral-punitivo; no disciplinamento e afastamento das ruas por longos períodos; no uso exagerado de medicamentos, inclusive como forma de castigo; na individualização, mesmo em ambiente coletivo; no desrespeito aos Direitos Humanos e às liberdades individuais; no silenciamento; no encarceramento. Conhecer estes aspectos a partir da fala das pessoas que viveram estes infortúnios empresta afeto ao trabalho cotidiano que muitos de nós temos dedicado à construção de caminhos para o cuidado de pessoas que usam drogas no contexto do SUS e da Luta Antimanicomial. Denunciar as práticas manicomiais associadas ao cuidado de pessoas que usam drogas contribui para a construção de novos dispositivos, de outras formas de pensar e fazer o cuidado no cotidiano da vida.

Só há dois discursos autorizados às pessoas que usam drogas: os *discursos desesperados* e os *discursos heróicos*. São estes os discursos que veremos transitar com liberdade em inúmeros contextos: nos depoimentos, nas entrevistas, nas reportagens, nas palestras, nos filmes sobre drogas. Os discursos desesperados nos falam da ausência de perspectiva, da busca por tratamento, do desejo de ser parado por algo externo, já que a pessoa diz-se impotente diante de sua própria vontade; já os discursos heroicos nos falam do vitorioso, daquele que derrotou as drogas, que superou a própria vontade. Talvez seja justamente por isto que um discurso como o de Caho Lopes seja tão raro: um discurso que não é autorizado às pessoas que usam drogas, mas entre estas mesmas pessoas. Um discurso minoritário, que interroga o modelo manicomial com vigor, lançando-lhe perguntas que mais parecem pedras saídas do estilingue de Davi.

O Golias manicomial é grande e forte, tanto quanto é pesado e lento. Derrubemo-lo.



ATIVIDADES PRÁTICAS

Dênis Petuco, Sirley Vieira, Maristela Moraes

Atividade 1 - EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Objetivo

Sondar os conhecimentos do grupo acerca do tema abordado; potencializar e articular estes conhecimentos; incentivar a reflexão dialógica; permitir a emergência das diferenças.

Tempo

A duração da atividade é variável. Recomendamos até uma hora ou uma hora e meia.

Materiais

Canetas (uma para cada participante)
Pedços de papel (um para cada participante)
3 folhas de papel tamanho A4 ou maior
1 Pincel atômico

Desenvolvimento

1ª parte

Esta é uma atividade bastante conhecida nas rodas de Educação Popular em Saúde, e costuma ser realizada a partir da pergunta “O que é saúde para você?”. De acordo com os objetivos aqui expressos, esta pergunta pode mudar, como veremos abaixo. Pede-se que cada participante elabore sua resposta em um pedaço de papel, **sem identificar-se**. Pede-se que as respostas sejam curtas. Depois, recolhem-se as repostas.

2ª parte

Tomam-se as três folhas de papel, e escreve-se com o pincel atômico “CONCORDO”, “DISCORDO” e “TENHO DÚVIDAS”, uma expressão em cada uma das folhas. Depois, pede-se para que as pessoas se levantem, que afastem as cadeiras e formem um círculo ao redor do/a facilitador/a. Espalham-se as três folhas no chão, formando um triângulo e

dividindo o espaço em três setores. O/A facilitador/a escolhe uma das respostas aleatoriamente, e a lê em voz alta. As pessoas são convocadas a posicionarem-se diante da resposta (se concordam, se discordam ou se têm dúvidas), e fazem isto com seus corpos, posicionando-se próximo ao cartaz que expressa sua opinião.

3ª parte

O/A facilitador/a instiga as pessoas que concordam e que discordam a tentarem convencer aqueles que têm dúvidas a mudarem de opinião. Provoca-se o debate no grupo, incentiva-se a manifestação de opiniões, de diferentes entendimentos. As pessoas que mudam de opinião são convocadas a mudarem de lugar na sala.

Perguntas

Como já dito, esta é uma atividade conhecida nas rodas de Educação Popular em Saúde, e costuma-se usar a pergunta “O que é saúde para você?”. No nosso caso, podemos usar uma infinidade de perguntas, a depender da situação: O que é droga? O que é gênero? O que é violência? O que é preconceito? Cada uma delas deve ter coerência com as reflexões que se deseja disparar.

Recomendações ao/a facilitador/a

Assim que o/a facilitador/a perceber que chegou o ponto de saturação de um determinado debate, passa-se a outra resposta, e pede-se que as pessoas se mexam de novo. O movimento de puxar uma nova resposta e reinstalar o debate pode ser repetido quantas vezes o/a facilitador/a desejar, pelo tempo que julgar apropriado. Pode-se usar esta atividade como momento de apresentação, estimulando as pessoas a dizerem seus nomes no momento em que forem defender suas posições. Neste caso, o/a facilitador/a pode pedir que uma ou outra pessoa se manifeste, caso alguém permaneça em silêncio durante a atividade.

Atividade 2 – REPOLHO

Objetivo

Sondar conhecimentos e opiniões dos/as participantes a acerca de gênero, masculinidades e usos de drogas; promover o debate e incentivar a reflexão.

Tempo

1h 30min (aproximadamente).

Quantidade de participantes:

De 5 a 25 participantes.

Materiais

Folhas de papel (ofício, A4, ou outro disponível)
Lápis ou caneta

Desenvolvimento

1ª parte

Pede-se para que os/as participantes sentem-se em círculo e distribuem-se papel e lápis para todos/as, solicitando que cada um/a escreva uma pergunta/dúvida ou colocação a respeito do tema abordado. Solicitar que não dobrem, nem rasguem o papel. Os/as participantes não precisam **se identificar**.

Após todos/as participantes escreverem individualmente sua dúvida e/ou colocação no papel, recolher todos os papeis e dizer que será feito um “Repolho” com aquelas folhas (Os/as educadores/as podem preparar algumas perguntas-chave e misturar com os outros papeis). Começar a montar o “repolho” que eles vão ter que descascar. Pegar um dos papeis e amassar em forma de bola; depois, amassar o próximo papel por cima do anterior, acompanhando seu formato. Vai procedendo da mesma forma com os outros papeis, de forma que a bola (repolho) vá aumentando de tamanho.

2ª parte

Após colocar todos os papéis num grande repolho, informar que esse será circulado de mão em mão e um/a educador/a ficará de costas. Em algum momento, este baterá palmas para que o repolho pare na mão de alguém. Quem estiver com o repolho na mão, deve retirar a folha mais exterior e ler em voz alta. Após a leitura, a pessoa fala sobre o que acha sobre o que está escrito, o que sabe, o que entende e logo depois o/a educador/a pergunta se alguém quer acrescentar algo, podendo ele/a mesmo acrescentar. Após, encerra-se a questão, volta-se ao procedimento anterior e assim, o repolho segue até finalizar suas folhas, ou caso o tempo da atividade se esgote.

Perguntas

As perguntas vão focar os temas *gênero e usos de drogas*. O/a facilitador/a precisa estar atento/a para dar essa orientação desde o início da atividade e estimular o debate com base nesses temas. Sugerimos aos/as facilitadores/as leitura do Texto 1 desta publicação (p. 15) antes da preparação da atividade.

Atividade 3 – EU, ETIQUETA

Objetivo

Refletir sobre preconceitos, estereótipos e atitudes relacionadas a gênero, masculinidades e usos de drogas, a partir da “rotulação” da outra pessoa.

Tempo

2h

Materiais

Etiquetas
Lápis ou caneta

Quantidade de participantes

De 6 a 20.

Desenvolvimento

1ª parte

Colar na testa de cada participante uma etiqueta com uma característica específica, sem deixar que o/a participante que tenha a etiqueta colada veja o que tem escrito nela. É necessário apenas que cada um/uma veja o que está escrito na cabeça do/as outros/as.

Exemplo: usuário/a de *crack*; pastor; usuário/a de álcool; policial; padre; freira; prefeito/a; mulher jovem; homem jovem, garoto/o de programa; gay/lésbica; vendedor/a de drogas ilícitas; médico/a; travesti; usuário/a de maconha; agente de saúde; vendedor de drogas etc.

2ª parte

Peça para que os/as participantes circulem pela sala e que, ao ver os/as outros/as participantes, interajam com o/a outro/a, de acordo com o que está fixado na testa da pessoa, sem revelar as palavras ali escritas, apenas agindo de acordo com a

etiqueta. Passados alguns minutos (5 a 10 minutos), solicite que o grupo forme uma roda e que, antes que seja revelada a etiqueta/personagem, cada um fale sobre como foi tratado, como se sentiu e, finalmente, qual a personagem que ele/a acredita que está colada em sua testa.

Perguntas

Há características que são mais acentuadas nos homens ou nas mulheres? Quais?

Será que nós reproduzimos preconceitos? Como? Tratamos homens que usam drogas e mulheres que usam drogas de uma forma semelhante? É fácil perceber nossos preconceitos? De que forma? Como podemos nos relacionar com as pessoas sem colocar “rótulos” nelas? Há diferenças entre a forma como tratamos pessoas que usam drogas legais e ilegais? Como e por quê? Nos relacionamos com as pessoas como se umas fossem mais “importantes” que outras? Por que e como desfazer esses preconceitos?

Recomendações ao/a facilitador/a

Ressaltar as diferenças de tratamento entre os participantes; debater sobre as atitudes, os estereótipos e os preconceitos que reproduzimos. Como essas atitudes podem marcar as pessoas nas interações sociais. Refletir, ao final, que essas reproduções se dão em todos os espaços de interação social entre homens e mulheres, trabalhadores/as da saúde/educação (e outras áreas) e usuários/as dos serviços de saúde, em maior ou menor grau, e que é necessário estar atento e crítico para a não reprodução desses preconceitos no nosso cotidiano, nas nossas relações sociais.

Atividade 4 - LINHA DA VIDA

Objetivo

Refletir sobre gênero, socialização masculina/feminina, usos de drogas e redução de danos.

Tempo

2h

Materiais

Cartolinas

Lápis, hidrocor, caneta, cola, lápis cera.

Papel A4

Revistas usadas e/ou jornais.

Envelopes com indicativos de personagens

Observação: As características das personagens podem ser modificadas de acordo com o entendimento do/a educador/a e de acordo com o grupo e com o objetivo.

Sugestão de características do personagem

Personagem 1

Homem (Negro)

Nasceu em comunidade pobre

Personagem 2

Mulher (Negra)

Nasceu em comunidade pobre

Personagem 3

Homem Branco

Nasceu em comunidade pobre

Personagem 4

Mulher Branca

Nasceu em comunidade pobre

Quantidade de participantes

De 6 a 25.

Desenvolvimento

1ª parte

Separar os/as participantes em grupos (de 2 a 4 grupos – a depender da quantidade de participantes).

Entregar a cada grupo um envelope (pode ser sorteado).

Avisar que o grupo deverá construir a linha da vida da personagem que receberam, observando as seguintes questões: Quando nasceu? Como foi a sua infância? Quais os brinquedos que ele/a mais gostavam? Onde brincavam? Frequentou a escola? Quais fatos marcantes aconteceram na sua vida? Casou-se? Teve filhos/as? Usou ou usava constantemente alguma droga lícita ou ilícita? Qual? Como foi a relação dele/a com as drogas? Tinha amigos/as? Como era a relação com amigos/as? O que gostava de fazer nas horas livres? Trabalhou? Se sim, com que trabalhou? Se não, por que não trabalhou? Como era a relação com a família? Quando e como morreu? Com que idade? O que mais gostava de fazer na vida? O que desejou fazer e não fez ao longo da vida? Algumas coisas que fazia na vida o/a colocava em algum risco ou lhe causava algum dano/prejuízo? O que ele/a fazia para reduzir esses riscos e danos/prejuízos?

2ª parte

Oferecer um tempo para que cada grupo possa montar a Linha da Vida da personagem (30 min.). Depois de concluir, fazer com que cada grupo apresente a linha da vida da sua personagem e depois abrir o debate, tentando cruzar as histórias, verificando as coincidências e diferenças de cada uma das “linhas da vida”.

Perguntas

Existem diferenças na vivência das personagens do sexo masculino para as personagens do sexo feminino? Que tipos de brincadeiras os meninos faziam na infância? Como foi a relação das personagens com as drogas? Quais as estratégias que utilizavam para reduzir danos e riscos de algumas coisas que gostavam de fazer?

Recomendações ao/a facilitador/a

Destacar como as formas de socialização são diferentes para homens e mulheres a partir da construção de cada grupo. Refletir sobre vulnerabilidades a partir das questões de gênero. Destacar a importância de utilizar estratégias cotidianas para reduzir riscos e danos passíveis de ser gerados por algumas práticas.

Atividade 5 – IMAGENS DA HORA

Objetivo

Discutir como aspectos da socialização de gênero constroem práticas distintas para homens e mulheres, em relação aos usos de drogas.

Tempo

30 minutos

Materiais

Nenhum

Quantidade de participantes

De 6 a 20, podendo superar o número máximo caso o/a facilitador/a tenha experiência em trabalhar com grupos maiores.

Desenvolvimento

1ª parte

Os/as participantes formam um círculo e os/as facilitadores/as dizem no ouvido de cada pessoa se elas vão representar um papel de homem ou de mulher.

Em seguida, pede para que todos/as andem livremente pela sala; o/a facilitador/a irá dizer em voz alta uma determinada hora do dia e depois dirá “PARA!”. Todos/as ficarão como estátuas, representando o que sua personagem (homem ou mulher, já designado anteriormente pelo facilitador/a) estaria fazendo naquele momento do dia. Também devem considerar que essas práticas que irão representar como estátuas devem estar associadas a distintos usos e drogas, que possam fazer parte do cotidiano dessas personagens.

Em seguida, o/a facilitador/a dirá “CONTINUA”, e todos/as voltam a andar pela sala, até que seja dita outra hora do dia, como por exemplo: *duas da tarde, quatro da manhã* etc., para que façam novamente outra estátua.

Nas paradas, o/a facilitador/a deve estimular as pessoas a olharem para as estátuas das demais, sem sair da sua própria posição de estátua.

Depois de algumas rodadas iniciais, o facilitador deve intervir junto a algumas estátuas, perguntando para as demais pessoas *“você acham que esse/a é um homem ou uma mulher? Por quê? O que ele/ela está fazendo?”*.

Depois de respostas rápidas do grupo, voltam a andar e novas horas do dia são ditas.

Depois de algumas rodadas e quando o/a facilitador/a perceber que já há material suficiente para discussão, encerrada a atividade e propõe um círculo de discussão.

2ª parte

Discussão em círculo sobre o conteúdo que apareceu na atividade. Os/as participantes podem ser estimulados a dizer se as avaliações do grupo eram coerentes com seu papel de homem ou mulher, no que/quem pensaram ou se inspiraram para criar as estátuas, se há diferenças visíveis entre práticas de homens e mulheres etc.

O/A facilitador/a necessita estar atento/a às perguntas geradoras citadas abaixo e quando achar que o conteúdo já foi abordado devidamente, pode encerrar a atividade, agradecendo aos/às participantes.

Perguntas

Há diferenças entre práticas de homens e mulheres? Por quê? Como as formas de socialização de homens e mulheres podem estar relacionadas às distintas práticas? Como podemos considerar essas diferenças nas nossas ações cotidianas junto às pessoas que atendemos (pergunta para

trabalhadores/as)? Se não há diferenças, por que não há? O que pode estar mudando nos processos de socialização para que homens e mulheres tenham práticas semelhantes? E se não há diferenças nas práticas, isto quer dizer que homens e mulheres são iguais? Há relações de poder envolvidas nas práticas observadas nas imagens (estátuas)? Quais? Como? Podemos considerar essas relações de poder nas nossas ações cotidianas junto às pessoas que atendemos (pergunta para trabalhadores/as)?

Recomendações ao/a facilitador/a

É importante que o/a facilitador/a esteja atento/a para a necessidade de não cristalizar papéis de homens e mulheres, ao realizar essa atividade. O que sim, é importante perceber aqui é que as distintas formas de socialização podem gerar práticas distintas e que essa distinção pode ser observada no cotidiano. Não implica dizer também que homens e mulheres são iguais e que nos dias atuais “já fazem as mesmas coisas”, ainda que as imagens indiquem que não há distinção.

Nesses casos em que o grupo avaliar que não há distinção, vale iniciar uma discussão sobre outras repercussões - marcadas por gênero - que possam ter algumas práticas, como por exemplo, como se tolera ou se condena moralmente homens e mulheres por determinadas práticas relacionadas aos usos de drogas, se as formas de acessar os serviços de saúde são as mesmas, se a forma como são atendidos nos serviços de saúde são as mesmas etc.

Atividade 6 – BUSCANDO SERVIÇOS E CONHECENDO DIREITOS

Objetivo

Estimular a busca por conhecimentos e informações sobre direitos e serviços disponíveis para as pessoas que usam drogas, tenham ou não problemas relacionados a esses usos.

Tempo

1h e 30min

Materiais

Folhas de papel

Canetas

Cartolina

Filipetas com informações sobre direitos e serviços, relacionados ao tema das drogas e redução de danos (ver sugestões de textos na próxima nota de rodapé).

Quantidade de participantes

De 6 a 20

Desenvolvimento

1ª parte

O/a facilitador/a cola na parede ou escreve em um quadro (branco ou negro) duas colunas de afirmações: 1) TENHO DIREITO A, 2) POSSO SER ATENDIDO/A EM, 3) POSSO ENCONTRAR.

Estimula o grupo a ir colocando (dizendo ou escrevendo) na primeira coluna (dos direitos) o que já ouviu falar ou conhece sobre direitos que tem, inicialmente gerais, depois específicos (na saúde, educação, cultura, lazer...).

Depois, o grupo é estimulado a listar os lugares a que pode recorrer para garantir o que preconizam alguns desses direitos (escola, unidade de saúde...).

Por último, na terceira coluna, listar o que o grupo citar como exemplos do que pode encontrar nesses lugares, com base nos direitos listados (informação acessível, atendimento médico, camisinha...).

Na última parte dessa etapa, os/as participantes são estimulados a pensar quais as possíveis relações entre esses direitos, as instâncias a que podem recorrer, o que podem encontrar nesses locais e os usos de drogas, como por exemplo, “tenho direito a informação; posso ser atendida em sala de aula; posso ser informado/a sobre as formas de reduzir danos relacionados ao uso de cigarros de maconha”.

Ao final dessa primeira parte, os/as participantes são estimulados/as a pensar sobre o grau de informação e conhecimento que têm sobre direitos e serviços.

2ª parte

O/a facilitador/a previamente leu e escolheu fragmentos de textos sobre direitos e serviços, de acordo com a nota de rodapé abaixo⁷⁷. É indispensável citar a fonte do fragmento

⁷⁷ Recomendamos os textos abaixo, que podem ser complementados por outros que o/a facilitador/a achar importantes:

- BRASIL. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Série E, Legislação de Saúde. Brasília; DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>

- BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília, DF, 2005. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf

- BRASIL. LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006 (Lei Maria da Penha). Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

- BRASIL. PORTARIA Nº 1.028/GM DE 1º DE JULHO DE 2005 (Portaria que determina ações de redução de danos). Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>

- BRASIL. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM. Disponível em <http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=58589>

- Outras sugestões: Declaração Universal dos Direitos Humanos; Estatuto da Criança e Adolescente; Leis estaduais que punem a homofobia; Lei nacional que pune o racismo; listas de serviços que compõem uma rede de atenção local às pessoas que usam drogas, como por exemplo, a lista dos

escolhido, em cada uma das filipetas, e como os/as participantes poderão acessar maiores informações a respeito.

O/a facilitador/a pede para que o grupo forme trios ou duplas e distribui as filipetas com os fragmentos de textos para cada grupo (pode ser mais de uma filipeta, dependendo do número de participantes e da quantidade de fragmentos escolhidos. Não recomendamos mais que três filipetas por grupo).

Pede para que leiam, discutam e depois apresentem uma síntese da discussão no grupo maior, ao final de 15 min. de debate nos grupos menores.

Ao final, o/a facilitador/a estimula uma discussão que relacione as duas partes da atividade, atento às perguntas e recomendações abaixo.

Perguntas

Conhecemos bem nossos direitos? Sabemos onde podemos recorrer quando precisamos de ajuda? Sabemos que tipo de informação sobre drogas podemos ter acesso para fazer escolhas conscientes? Sabemos onde podemos denunciar crimes e outras violações de nossos direitos? O que podemos fazer para estarmos informados sobre os serviços que dispomos em nossas comunidades? O que podemos fazer para reivindicar direitos já garantidos no papel (Leis, portaria, políticas etc.) e outros direitos ainda não garantidos?

A rede de atenção às pessoas que usam drogas está bem construída e acessível no local onde vivemos? E nas escolas, está sendo abordado o tema das drogas de forma adequada, não preconceituosa ou moralista? Dispomos de informações necessárias sobre redução de danos? Onde vivemos já ouvimos falar de alguma ação relacionada à Política de Atenção à Saúde do Homem?

Recomendações ao/a facilitador/a

Essa técnica foi cuidadosamente construída por abordar o tema dos direitos e das políticas públicas de forma mais ampla. Portanto, é fundamental que o/a facilitador/a parta do princípio de que as questões relacionadas aos usos de drogas não são de caráter unicamente pessoal e individual, no que se refere ao acesso a informações e serviços adequados para dar conta das demandas geradas por essas práticas, ou na tomada de decisões pessoais sobre elas.

Ainda que pareça uma exigência grande, para realizar a atividade que aqui propomos (e até podemos dizer que para trabalhar no campo dos usos de drogas) é muito importante que o/a facilitador/a esteja bem informado/a sobre direitos e políticas públicas, não só diretamente sobre drogas, mas também sensível aos temas e campos que o cruzam ou o integram, como gênero, geração, orientação sexual, classe, raça e etnia, seja em Direitos Humanos, Saúde, Educação, Assistência Social, Segurança Pública ou Cultura.

Sugestões de *sites* na internet

- Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - Ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, tem como objetivo formular e fomentar políticas públicas de DST, HIV/Aids e hepatites virais de forma ética, eficiente e participativa, fundamentadas nos Direitos Humanos e nos princípios e diretrizes do SUS - <http://www.aids.gov.br/>
- Coletivo Princípio Ativo - Desde 2005 vem defendendo a construção de modelos de regulamentação tanto da produção/cultivo, quanto dos usos de drogas (principalmente a maconha), por entender que a ilegalidade e a criminalização destas práticas as transformam em reprodutoras de ambientes de conflito, violência, exclusão social, mortes e sobretudo, desinformação. <http://www.principioativo.org/>
- Revista de Estudos Feministas - é um periódico de publicação quadrimestral, indexado e interdisciplinar, de circulação nacional e internacional, que trata de distintos temas nos campos do Feminismo e Gênero - <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/ref>
- Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA) - cujos objetivos são contribuir para a implementação e o fortalecimento da Redução de Danos como política pública no Brasil e a defesa da dignidade do/a redutor/a de danos - <http://www.abordabrasil.org/>
- Campanha Brasileira do Laço Branco e Rede de Homens pela Equidade de Gênero (RHEG) - A Campanha Brasileira do Laço Branco tem o objetivo de sensibilizar, envolver e

mobilizar os homens no engajamento pelo fim da violência contra a mulher. Já a RHEG Congrega um conjunto de organizações da sociedade civil que atuam na promoção dos direitos humanos, em busca de uma sociedade mais justa com equidade de direitos entre homens e mulheres. <http://www.lacobranco.org.br/>

- Coletivo DAR - Coletivo organizado horizontalmente, que tem como proposta levar o debate atual sobre drogas à sociedade e buscar alternativas para a atual conjuntura proibicionista. <http://coletivodar.wordpress.com/>

Instituições organizadoras



Instituto PAPAÍ

www.papai.org.br

Fundado em 1997, o Instituto PAPAÍ é uma organização não-governamental, sediada em Recife, Nordeste do Brasil, que desenvolve ações educativas, informativas e políticas junto a homens e jovens em situação de pobreza, bem como estudos e pesquisas sobre masculinidades, a partir da perspectiva feminista e de gênero. Nossa missão institucional é promover cidadania com justiça social, contribuindo para a garantia dos direitos humanos, em prol da eliminação de desigualdades e da afirmação da diversidade, atuando com homens, a partir da perspectiva feminista e de gênero e tendo por base os seguintes princípios: 1) respeito aos Direitos Humanos, especialmente os Direitos Sexuais e Reprodutivos; 2) respeito às jovens gerações; 3) afirmação da liberdade, autonomia, solidariedade e diversidade humana; 4) superação de todas as formas de discriminação e violência (particularmente as baseadas em gênero, raça/etnia, idade e/ou orientação sexual). O Instituto PAPAÍ foi fundador e integrante da Rede Pernambucana de Redução de Danos, contribuiu para articulações promovidas pela Aborda - Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos, inclusive na idealização e realização do Projeto RoDa articulação políticas do Movimento de redução de Danos no Nordeste do Brasil, realizado em todo país com apoio do PN-Aids e da UNODC.



Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades - Gema/UFPE

www.ufpe.br/genero

Núcleo de pesquisa inscrito no CNPq desde 1998, a partir de parceria entre o Departamento de Psicologia e o Instituto Papai. Tem por objetivos: 1) promover um espaço multidisciplinar de interlocução e construção de projetos comuns, integrando pesquisadores e pesquisadoras vinculados/as a Universidades e/ou a Organizações Não-Governamentais, com diferentes níveis de formação e campos de atuação variados, no âmbito das Ciências Humanas, Sociais e da Saúde; e 2) alimentar uma rede de estudos e pesquisas sobre relações de gênero no contexto da saúde, sexualidade e reprodução, com especial destaque aos trabalhos sobre homens e masculinidades.

Sobre os/as autores/as e organizadores/as

Benedito Medrado

Doutor em Psicologia, Professor dos Cursos de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco; Coordenador do Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (Gema/UFPE), Presidente da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO 2010-2011), integrante da coordenação do Instituto PAPAI e da Rede de Homens pela Equidade de Gênero (RHEG).

Dênis Roberto da Silva Petuco

Mestrando em Educação Popular no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal da Paraíba, graduado em Ciências Sociais; consultor sobre Redução de Danos da Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, e membro das equipes do CAPS-AD Jovem Cidadão (João Pessoa, PB) e CAPS-AD Primavera (Cabedelo, PB).

Edna Granja

Mestre em Psicologia, integrante do Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (GEMA-UFPE) e da Diretoria Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO).

Edward MacRae

Doutor em Antropologia, e professor adjunto da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia.

Jorge Lyra

Doutor em Saúde Pública pelo Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Psicólogo, integrante da coordenação do Instituto PAPAI, e integrante da Rede de Homens pela Equidade de Gênero (RHEG)

Luana Malheiro

Bacharel em Antropologia pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia. Residente em Saúde Coletiva - Saúde Mental, pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Maristela de Melo Moraes

Doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Autónoma de Barcelona (Espanha), integrante do Grupo Fractalidades en Investigación Crítica - FIC; Bolsista LASPAU Kellogg Foundation do Leadership Fellowship Program, Mestre em Saúde Pública e Sanitarista pelo Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Psicóloga, integrante da coordenação do Instituto PAPAI, e integrante da Rede de Homens pela Equidade de Gênero (RHEG)

Naide Teodósio Valois Santos

Doutoranda em Saúde Pública, pesquisadora e docente do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Vulnerabilidade e Desenvolvimento Humano.

Rafael Gil Medeiros

Graduado em Ciências Sociais, Especializando em Educação em Saúde Mental Coletiva (EducaSaúde/FACED/UFRGS), integrante do grupo Princípio Ativo (www.principioativo.org) e educador social de rua em Porto Alegre (RS).

Ricardo André Cecchin

Psicólogo, Especializando em Educação em Saúde Mental Coletiva (EducaSaúde/FACED/UFRGS), integrante do grupo Princípio Ativo (www.principioativo.org).

Ricardo Castro

Mestre em Saúde Pública e Sanitarista pelo Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Psicólogo Coordenador executivo do Instituto PAPAI, e integrante da Rede de Homens pela Equidade de Gênero.

Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque

Doutoranda do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP, mestre em Saúde Pública pelo Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Especialista em gerontologia social e em dinâmica de grupo, Psicóloga, pesquisadora do Grupo de Estudos em Álcool e Outras Drogas da UFPE, membro do Centro de Estudos, Consultoria e Atendimento Familiar - CECAF, e professora da FAFIRE e LIBERTAS – Recife/PE.

Sirley Vieira

Mestrando em Antropologia pela UFPE, Bacharel e Licenciado em Ciências Sociais pela UFRPE, pesquisador e educador do Instituto PAPAI, integrante da Rede de Homens pela Equidade de Gênero (RHEG) e da Articulação Aids de PE.

Contato

Instituto PAPAI | www.papai.org.br | papai@papai.org.br