

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

Tamara Neder Collier

**Pedra, Papel e Tesoura: Direitos Humanos, Redução de Danos e Política Pública na
Cracolândia de São Paulo**

Mestrado em Serviço Social

São Paulo
2020

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

Tamara Neder Collier

**Pedra, Papel e Tesoura: Direitos Humanos, Redução de Danos e Política Pública na
Cracolândia de São Paulo**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob a orientação da professora Dra. Maria Lucia Silva Barroco.

São Paulo
2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação

Pós Pós-Graduação em Serviço Social Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

COLLIER, Tamara Neder.

Pedra, Papel e Tesoura: Direitos Humanos, Redução de Danos e Políticas Públicas na Cracolândia de São Paulo/ Tamara Neder Collier; orientadora Maria Lúcia Silva Barroco. - São Paulo, 2020. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Banca Examinadora

AGRADECIMENTO A CAPES

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

Número de Processo: 88887.179675/ 2018-00

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a CAPES pela bolsa de estudos, sem a qual, a conclusão dessa pesquisa não seria possível.

Aos meus pais, Cibele e William por me estimularem e me apoiarem em todos os meus descaminhos profissionais e acadêmicos. A minha mãe, por toda a parceria na criação dos meus filhos, pelos dias de semana e finais de semana que ficou com as crianças para eu poder estudar, e por toda a paciência e amadurecimento que esse processo proporcionou para a nossa relação. Ao meu pai por me estimular a estudar sempre, me ensinando que não há limites para o conhecimento, e que a leitura é algo prazeroso e essencial para a constituição de um ser humano. Ao meu irmão Guilherme, por ser uma fonte de sabedoria, de calma e de tranquilidade na minha vida.

Aos meus filhos, Jorge e Bento, por toda paciência e apoio que me deram nesses dois anos. Por me inspirarem a buscar ser sempre melhor, por me proporcionarem tantos momentos de leveza e alegria, cada um ao seu modo, nas horas mais difíceis. Esse estudo é também uma semente que planto no coração de vocês, para que se mantenham firmes em seus propósitos, ouçam sempre o coração de vocês e que acreditem e se dediquem a construir um mundo melhor. Agradeço também aos seus pais, Cristiano e Marcelo, por toda parceria e amor na criação de nossos filhos.

Agradeço as lindas mulheres que fazem parte da minha vida. Amina, pelas longas conversas em nosso quintal; Raonna, pelo amor incondicional e parceria *fuerte*; Paulinha pela irmandade e acolhimento; Robertinha, pela partilha escorpiana inspiradora; Leilane pela leveza e alegria; Dani pela partilha das aflições da vida acadêmica e pela atenciosa revisão; e Sônia Costa pela conexão espiritual e amizade leal. Vocês são mulheres maravilhosas, fontes de amor e inspiração. Todas mergulham em meus abismos comigo e me amam e aceitam exatamente como sou. A presença de vocês na minha vida é um bálsamo de amor, de força e de luta, e sem vocês eu não vou a lugar nenhum.

A todos os companheiros e companheiras de militância do coletivo sem ternos e da craco resiste. A presença de vocês na minha vida dá um sentido para meu trabalho, muita força para enfrentar a dureza da vida, muita alegria em poder partilhar sonhos e chorar as derrotas. A vida fica bem melhor com vocês.

Agradeço a toda equipe do Programa Municipal de IST/HIV, a coordenação do SAE Campo Elísios por me permitir realizar esse trabalho e em especial a equipe de redutores de danos do PRD. Os que já foram, os que estão e os que ainda virão, pessoas incríveis, dedicadas

e resistentes. Agradeço a vocês pela confiança na minha coordenação, pela resistência e força em enfrentar a dureza do cotidiano e por toparem comigo o desafio de estarmos sempre nos reinventando e hackeando o sistema. Aprendo muito com vocês. Vocês são uma fonte de alegria e motivação na minha vida.

Agradeço a Cristina Brites e Andrea Domanico, por terem me apresentado a Redução de Danos e me inspirado a seguir esse caminho profissional. E principalmente por terem aceitado fazer parte da minha banca.

Agradeço imensamente Lucia Barroco, pela paciência e orientação amorosa e assertiva. Por tolerar minha rebeldia e minha ansiedade, colocando limites e abrindo novos caminhos para a minha reflexão e sistematização escrita acerca da minha prática profissional.

Por fim, agradeço aos(as) professores(as) do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC-SP pela oportunidade de partilha e aprendizado durante esse mestrado e a todos aqueles que se dispuseram a ler essa dissertação.

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo contribuir para a reflexão sobre o uso de psicoativos na sociedade capitalista sob a perspectiva da ontologia social. Apresentamos uma leitura crítica da realidade social que permeia as condições sociais de uso de psicoativos no contexto de produção e consumo e como a ideologia proibicionista ditada pela Guerra às Drogas estabelece estigmas em relação ao usuário de psicoativos e fortalece a construção de um imaginário social baseado na cultura do medo. Essa dissertação defende a Redução de Danos enquanto um paradigma da Saúde Coletiva e tem como objeto a política pública voltada para pessoas que usam crack no território da Cracolândia de São Paulo do período de 2010 a 2020, em especial o Programa de Redução de Danos do Serviço de Atenção Especializada HIV/DST/AIDS Campos Elísios, cujas diretrizes são estabelecidas pelo Programa Municipal de HIV/DST de São Paulo. Fazemos nossa análise acerca da efetivação dos direitos sociais das pessoas que usam psicoativos sob a perspectiva do paradigma de redução de danos e dos Direitos Humanos, ressaltando a importância dos movimentos sociais na construção de estratégias de enfrentamento e de resistência à violação de direitos humanos imposta pela política pública pautada na Guerra às Drogas.

Palavras-chave: Redução de danos, Direitos Humanos, Política Pública, Cracolândia.

ABSTRACT

This research aims to contribute to the reflection on the use of psychoactive agents in capitalist society from the perspective of social ontology. We present a critical reading of the social reality that permeates the social conditions of psychoactive use in the context of production and consumption and how the prohibitionist ideology dictated by the War on Drugs establishes stigmas in relation to the psychoactive user and strengthens the construction of a social imaginary based on culture of fear. This dissertation defends harm reduction as a collective health paradigm and its object of study is the public policy aimed at people who use crack in the territory of São Paulo's Cracolândia from 2010 to 2020, in particular the Harm Reduction Program SAE Campos Elísios, whose guidelines are established by the Municipal HIV / STI Program of São Paulo. We make our analysis about the realization of the social rights of people who use psychoactive from the perspective of the harm reduction and Human Rights paradigm, emphasizing the importance of social movements in the construction of coping strategies and resistance to the violation of human rights imposed by public policy based on the War on Drugs.

Keywords: Harm Reduction, Human Rights, Public Policy, Cracolândia.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AD – Álcool e Drogas

AMA – Ambulatório Municipal de Assistência

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CN-DST/ AIDS/ HIV – Coordenação Nacional de DST/AIDS do Programa HIV/ DST

CRATOD – Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

COMUDA - Conselho Municipal de Políticas Públicas de Álcool e Drogas de São Paulo

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CRP – Conselho Regional de Psicologia

CT – Comunidades Terapêuticas

CTA – Centro Temporário de Acolhimento

DBA – Programa De Braços Abertos

DCCI – Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

EUA – Estados Unidos da América

GMC – Guarda Civil Metropolitana

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBTQI+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersex e mais

MP – Ministério Público

MS – Ministério da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEAD – Plano Emergencial de Ampliação ao Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e Outras Drogas

PM-DST/AIDS-SP – Programa Municipal de HIVDST/AIDS de São Paulo/IST

PMSP – Polícia Militar do Estado de São Paulo

PRD – Programa de Redução de Danos

RD – Redução de Danos

SEAS – Serviço Especializado em Abordagem Social

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SMADS – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

SMDHC – Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania

SMDTE – Secretaria Municipal de Trabalho e Empreendedorismo

SMS – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

SMSU – Secretaria Municipal de Segurança Urbana

SUS – Sistema Único de Saúde

PEP — Profilaxia Pós-Exposição

PrEP — Profilaxia Pré- Exposição

PM- Polícia Militar

UA – Unidades de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNODC – *United Nations Office on Drougs and Crime* (Escritório da Nações Unidas sobre Drogas e Crime)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1. SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, FORMAS DE USO, DE REPRESSÃO E REDUÇÃO DE DANOS	22
1.1. O uso histórico de substâncias psicoativas	22
1.1.1 O significado dos psicoativos na sociedade mercantil	25
1.1.2 A Questão Social, os psicoativos e a moralização dos costumes	30
1.1.3 O Proibicionismo e a Guerra às Drogas	38
1.2. Saúde, Psicoativos e Redução de Danos	47
1.2.1 SUS, Saúde Coletiva e Reforma Psiquiátrica	47
1.2.2 Proibicionismo, Psicoativos e Saúde.....	49
1.2.3 A Redução de Danos	52
1.2.4 O paradigma da Redução de Danos.....	55
1.3. A Luz, o Crack e a Craco.....	59
1.3.1 A Luz	59
1.3.2 O Crack	63
1.3.2.1. Redução de Danos para o crack.....	69
1.3.3 A Craco: Território ou Identidade?.....	74
2. A REDUÇÃO DE DANOS, A POLÍTICA PÚBLICA E A CRACOLÂNDIA	82
2.1 A Política Pública de Redução de Danos no Brasil.....	82
2.1.1 O PRD SAMPA	86
2.1.2 Redução de Danos e Prevenção Combinada.....	90
2.2 A política pública na Cracolândia	94
2.2.1 Operação Limpa.....	97
2.2.2 Ação Integrada Centro Legal	99
2.2.3 Crack é Possível Vencer	103
2.2.4 Operação Sufoco.....	103
2.2.5 Programa Recomeço.....	107
2.2.6 Programa De Braços Abertos.....	110
2.2.7 O Coletivo Sem Ternos	116
2.2.8 O PRD no DBA – Cachimbando	121

2.2.9 A Craco Resiste.....	130
2.2.10 Programa Redenção.....	137
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	150
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	155

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa visa ser uma contribuição para a reflexão crítica da realidade social acerca do uso de psicoativos na sociedade contemporânea. Nessa dissertação, ao tratarmos do uso de alteradores de consciência, seguimos na perspectiva teórica de Brites (2017), orientada pela ontologia social de Marx que concebe o homem como ser social determinado pela sua história, que tem como base de sua materialidade o trabalho.

Dadas as inúmeras conotações de caráter moral, ideológico e político que cercam o debate sobre o consumo das chamadas “drogas”, (...) adotamos o termo psicoativos para designar todos os produtos, naturais ou quimicamente manipulados, que são consumidos com a finalidade de alteração do sistema nervoso central. Da mesma forma, a regulamentação jurídica do caráter lícito ou ilícito só será considerada quando necessário. (BRITES, 2017, p. 25)

Nesse sentido, entendemos que a associação entre o termo droga e os psicoativos ilícitos contribui para banalizar os danos sociais e de saúde associados aos psicoativos ilícitos (CFESS, 2016), reforçando a necessidade de uso de um termo que almeje superar essas determinações sócio-históricas acerca do uso de substâncias psicoativas. Cabe ressaltar que entendemos que o uso do termo psicoativo pode significar um rebuscamento na linguagem e uma dificuldade da população em geral de compreender que estamos falando de “drogas ilícitas”, quando nos referimos aos psicoativos. Porém, nos parece conveniente provocar a reflexão e contribuir com o debate no sentido de superar estigmatizações acerca do tema. No caso de citações, manteremos o original do autor(a), ainda que discordemos do uso desse termo em particular. Essa dissertação foi produzida a partir da sistematização da experiência profissional da autora como Coordenadora do Projeto de Redução e Danos do SAE Campos Elísios, ligado ao Programa Municipal de HIV/IST/AIDS entre os anos de 2010 a 2019 no território da Luz, centro de São Paulo, região conhecida como Cracolândia.

Em trajetória profissional, desenvolveu-se o trabalho a partir do contato com usuários de psicoativos e a compreensão da redução de danos como paradigma de Saúde Coletiva desde o início da Graduação em Serviço Social na PUC-SP, no início começo dos anos 2000. No segundo ano da faculdade, a autora foi convidada para trabalhar num espaço de intervenção social que desenvolvia atividades pautadas na redução de danos com usuários de psicoativos chamado Centro de Convivência “É de Lei”, uma organização social, ligada ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em AIDS da Universidade de São Paulo, da qual faziam parte: profissionais da saúde, usuários de psicoativos e militantes da redução de danos e dos Direitos Humanos. Hoje, essa organização constitui-se como uma organização não governamental (ONG) que trabalha com projetos que contam com financiamentos do governo federal e de por instituições

internacionais, para realização de atividades de formação e capacitação, bem como intervenções em territórios de uso de psicoativos na cidade de São Paulo.

O “É de Lei” foi a primeira organização a trabalhar com Redução de Danos no município de São Paulo. Esse centro de convivência tinha uma agenda de atividades em seu espaço (uma sala alugada em uma galeria de lojas e serviços frequentadas por jovens negros no centro de São Paulo), distribuição de preservativos externos e masculinos e femininos internos, gel e troca de seringas para usuários de psicoativos injetáveis. A organização também promovia atividades de prevenção ao HIV e redução de danos em cenas de uso de psicoativos injetáveis da cidade de São Paulo. Os redutores de danos iam até os locais onde havia grande concentração de usuários de psicoativos injetáveis e faziam distribuição e troca de seringas e atividades de diálogo com essa população, levando informação e auxiliando nas questões relacionadas a saúde dessas pessoas.

Como parte das atribuições, ajudávamos a organizar as atividades com os usuários do centro de convivência: rodas de conversa sobre uso de psicoativos e saúde, sobre saúde da mulher, exibição de filmes e acolhimento. Nesse período também iniciamos o trabalho de campo, onde fazíamos as primeiras abordagens aos usuários de crack na região da Luz, centro de São Paulo. Nessa época, o “É de Lei” tinha um projeto chamado “Sexta, Sábado e o Domingo pedem cachimbos”, cujo objetivo era abordar usuários de crack na rua e orientá-los a fumar em cachimbos. Nessa época, a cultura de uso da região era fumar em latas de refrigerantes, algo que era muito tóxico, pois além de serem retiradas do lixo e estarem contaminadas com sujeira, com o vírus da leptospirose e ferrugem; seu calor era muito prejudicial e havia muito risco de corte nas bocas e mãos dos usuários.

No terceiro ano da graduação iniciamos a prática de estágio num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) na Região da Luz, chamado Centro De Referência Em Álcool, Tabaco E Outras Drogas (CRATOD). Tal serviço é vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, e funciona como uma porta de entrada dos serviços de saúde mental para usuários de psicoativos lícitos e ilícitos da rede pública de saúde. O serviço oferece atendimento médico, psicológico, social e atividades culturais para aqueles sujeitos que desejam fazer tratamento para dependência química. É uma instituição que trabalha com usuários de psicoativos entendendo esse uso como uma doença e, que o único caminho para lidar com essa dependência química é a abstinência. Por estar localizado no centro de São Paulo, sua população é constituída majoritariamente por moradores de rua alcoolistas.

Como estagiária na área de Serviço Social, nossa intervenção se constituía basicamente em providenciar vagas em albergues e orientar sobre benefícios para os usuários de psicoativos

que ali faziam tratamento. Tentávamos nos envolver em atividades socioeducativas como a cooperativa de geração de renda e as oficinas de percussão, porém, como não havia muito investimento da instituição em práticas de cuidado que visassem a prevenção do uso abusivo de psicoativos, ou a compreensão do sujeito para além de seu processo saúde-doença, acabamos nos frustrando muito com a falta de possibilidade de intervenções mais abrangentes e integrais no cuidado à saúde dessa população.

Nosso Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi sobre redução de danos nessa instituição, ao passo que já sabíamos que nossa realização profissional se daria através do trabalho com redução de danos. Nessa época (2004), o Governo Federal tinha acabado de lançar uma apostila de normas e diretrizes para os serviços de atendimento e atenção aos usuários de psicoativos, onde a Redução de Danos era entendida como uma estratégia de prevenção. Em nosso TCC, discutimos a Redução de Danos como paradigma da Saúde Coletiva e sua concretização nos CAPS AD. O referido TCC se contrapunha ao material formulado pelo Ministério da Saúde no sentido de ampliar a perspectiva de intervenção da Redução de Danos. Entendemos que, para além da estratégia de prevenção, a Redução de Danos pode se constituir num paradigma de cuidado, no qual a própria perspectiva de abstinência pode estar contemplada, uma vez que o projeto de tratamento tem o sujeito como protagonista de sua construção. Em 2007, assumimos o cargo de Assistente Social efetivo da prefeitura de São Paulo e, em 2010, iniciamos nosso trabalho junto à coordenação do Projeto de Redução de Danos ligado ao Programa Municipal de IST/HIV/DST/AIDS de São Paulo (PM-DST/AIDS-SP), no qual atualmente.

À coordenação do Projeto de Redução de Danos (PRD) compete planejar atividades de redução de danos nas cenas de uso de psicoativos no centro de São Paulo e realizar capacitação dos redutores de danos, bem como supervisionar o trabalho desses agentes de prevenção. O PRD é um programa de prevenção baseado no conceito de educação entre pares, que conta com agentes de prevenção voluntários que recebem ajuda de custo para se dedicarem ao projeto pelo período de oito horas semanais. Os redutores de danos vão às cenas de uso de crack e outros psicoativos do centro de São Paulo levar insumos de redução de danos (atualmente os únicos insumos são preservativos, gel e protetor labial) e informações sobre prevenção, testagem, diagnóstico e tratamento de HIV e ISTs. A perspectiva de intervenção do PRD muda conforme a gestão do município e o entendimento da questão dos psicoativos por parte do Programa Municipal de IST/AIDS-PM-DST/AIDS-SP. Essa mudança provoca rupturas nas ações da política pública e muitas vezes requer estratégias de resistência por parte dos serviços para a manutenção do vínculo com o usuário e efetivação dos direitos sociais dos mesmos. Ao longo

desses nove anos e, três gestões com três diretrizes diferentes modelaram a orientação de nosso trabalho, mudanças essas que nos levaram a refletir e a nos debruçar sobre essa pesquisa.

A dissertação está dividida em dois capítulos e considerações finais. No primeiro capítulo, discorremos sobre os fundamentos teóricos e históricos do uso de psicoativos, refletindo sobre o significado do uso de psicoativos na sociedade ao longo do tempo. Entendemos que o uso de psicoativos é parte da condição humana e pode adquirir inúmeros significados sociais. A busca por prazer, contato com o divino, busca por alívio e autoconhecimento são alguns dos significados possíveis para o uso de psicoativos. Esse uso é parte dos contextos culturais de alguns povos, e na medida em que o mundo vai se tornando globalizado, a sociedade capitalista se apropria dessas práticas e a transforma em um bem de consumo. Defendemos que para se refletir acerca do uso de psicoativos, é necessário levar em conta o indivíduo social, a substância e o contexto social no qual esse uso está inserido. Essa perspectiva de leitura da realidade permite que avaliemos a situação do indivíduo social que usa psicoativos levando em conta as determinações sociais de classe, raça e gênero que interferem diretamente não apenas na cultura de uso de psicoativos, mas também nas possibilidades determinadas pela realidade social quanto as formas mais seguras de uso de psicoativos.

Ainda nesse capítulo, discutimos a mudança nos significados sociais do uso de psicoativos a partir do desenvolvimento da sociedade capitalista, onde o psicoativo se insere como uma mercadoria e atende a lógica de consumo, produção e reprodução da vida social. A Cultura do Medo aparece como um componente importante na construção da ideologia hegemônica no que tange o uso de psicoativos, alimentando a estigmatização dos usuários e a crença do uso como o responsável pelas mazelas sociais, despolitizando o debate em torno da desigualdade inerente à sociedade capitalista. A Cultura do Medo fomenta uma prática de atuação da Política Social através da Segurança Pública, gerando uma militarização da vida cotidiana e a criminalização da pobreza, que apresenta um viés classista e racista na formulação de respostas sociais ao uso de psicoativos. Discorremos sobre a história do Proibicionismo e a consolidação da ideologia da “Guerra às Drogas”, encabeçada pelos EUA como disputa pela hegemonia política, econômica e cultural da sociedade capitalista contemporânea.

Na segunda parte do primeiro capítulo, apresentamos conceitos que fundamentam a Redução de Danos a partir de princípios e diretrizes do SUS, a consolidação da Saúde Coletiva como um paradigma de intervenção crítica na realidade social da classe trabalhadora, no que tange a Política Social de saúde e a Reforma Psiquiátrica como componente importante na luta por efetivação de direitos de usuários de serviços de saúde mental, em particular dos usuários

de psicoativos, fomentando uma prática do cuidado em liberdade. Realizamos uma discussão teórica acerca da Redução de Danos em suas diferentes matizes e possibilidades de prática profissional e, defendemos a redução de danos como um paradigma da Saúde Coletiva inscrito na Luta Antimanicomial, como parte da luta por efetivação de direitos sociais, em particular o de saúde da população usuária de psicoativos.

Na terceira parte, nos aproximamos do território da Luz e da Cracolândia, sistematizando uma crítica acerca da história daquele bairro e de sua consolidação como espaço protegido para parcela da classe trabalhadora subalternizada e pauperizada, bem como da relação que aquele território manteve com a presença da prostituição e do comércio e uso de psicoativos. Fazemos também uma discussão sobre a existência da Cracolândia e de sua consolidação enquanto territorialidade itinerante, que se configura como um espaço de proteção social e identidade para os usuários de crack em situação de rua.

No segundo capítulo dessa dissertação, situamos a redução de danos dentro da política pública de HIV e ISTs e na sua trajetória enquanto projeto de prevenção, inserido no âmbito da política pública municipal, que responde as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), atualmente organizadas na Mandala da Prevenção Combinada. No que tange a política de Prevenção à epidemia de HIV/AIDS e às diretrizes do Programa Municipal, estamos em uma gestão municipal (2017-2020) que trabalha com uma concepção mais conservadora da redução de danos e dos insumos e orientações pertinentes a serem divulgadas para a população LGBTQ e usuária de drogas. Seguimos as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) para intervenção e combate à epidemia do HIV/AIDS, que tem como fundamento a “Prevenção Combinada” (uma mandala de possibilidades de intervenções, considerando a própria medicalização como proposta de prevenção). Essa Prevenção Combinada traz um grande avanço para a redução de danos, na medida em que a entende essa como uma estratégia de prevenção ao HIV a ser utilizada em toda a população, não apenas com usuários de psicoativos em alta vulnerabilidade.

Entendemos que as diretrizes da OMS quanto a mandala da prevenção combinada se constitui simultaneamente como um avanço no entendimento da redução de danos como estratégia a ser ampliada e implementada em todos os programas de prevenção, *pari passu* a um retrocesso, na medida em que considera a redução de danos apenas uma estratégia ligada a AIDS. Como já dissemos, entendemos a RD como paradigma de Saúde Coletiva, devendo ser ampliada como uma prática fundamental na formulação também das políticas de saúde mental e, principalmente, de álcool e drogas.

Realizamos também uma análise crítica acerca da história da política pública voltada para usuários de crack na região da Cracolândia, iniciando com as primeiras operações policiais, em meados dos anos de 2005 até a chegada de políticas públicas de saúde e assistência social (*Operação Centro Legal*). Avaliamos as diferenças entre as intervenções estatais (*Recomeço*) e as iniciativas municipais nas diferentes gestões (*Programa De Braços Abertos* e *Programa Redenção*), sempre situando nossa prática profissional enquanto programa de prevenção ligado à política de prevenção às ISTs e ao HIV pelo município de São Paulo.

Durante o governo Haddad, houve muito incentivo à criação de novas práticas de intervenção junto aos usuários de psicoativos da Cracolândia e beneficiários do *Programa De Braços Abertos*. Relatamos nossa experiência na construção de oficinas de cachimbo junto com os usuários, nas quais refletíamos sobre formas mais seguras do uso de crack e a possibilidade da construção de cachimbos com materiais menos tóxicos. Eram distribuídos kits para os participantes das oficinas, onde que continham 2 cachimbos, piteiras de silicone, bala, protetor labial a base de Guaçatonga, preservativo, gel e Kumbaiat (uma mistura de ervas naturais para ser utilizada em substituição a maconha).

Ainda nessa gestão, houve um investimento massivo na formação de equipes comprometidas com a redução de danos e os direitos humanos que atuassem no território junto aos usuários de psicoativos. Esses trabalhadores(as) sentiram a necessidade de se organizar de forma a constituir uma rede de conhecimento e trocas sobre as intervenções ali realizadas e estabelecer um diálogo aproximado entre esses trabalhadores(as) da ponta, de maneira a superar a “disputa” de usuários por parte desses serviços. A organização desses trabalhadores(as) resultou na criação de um coletivo chamado *Sem Ternos*, presente até hoje no território. A estratégia que mais funcionava era a construção coletiva de atividades culturais voltadas para a população da Cracolândia. Tem-se como principais atividades um bloco de carnaval chamado *BLOCOLÂNDIA* e uma festa junina anual. Esses momentos de encontro entre trabalhadores(as) de diversos serviços, ONGs, acadêmicos e militantes do território significam deixar de lado as diferenças institucionais e políticas, para juntos, realizarem uma atividade que abrangem o maior número possível de usuários que frequentam esse local.

A participação no *Sem Ternos* tem sido essencial para nossa prática profissional, na medida em que nos possibilita encontrar pares dentro das diferentes instituições que atuam ali (apesar de terem diretrizes muito antagônicas, alguns trabalhadores(as) da ponta buscam alternativas para “hackear” o sistema, e diríamos que o *Sem Ternos* é uma organização muito potente nesse sentido); além de ser um espaço de cuidado mútuo entre trabalhadores(as) de diferentes espaços, porém com a mesma perspectiva de atuação.

À medida em que a gestão municipal Dória chegou ao poder, desmontou paulatinamente o *Programa De Braços Abertos* e fomos perdendo a autonomia em nossas atividades, sendo impedidos de refletir a Redução de Danos para além de uma estratégia de prevenção ao HIV. Nesse mesmo período, houve um recrudescimento das ações policiais no território conhecido como Cracolândia e a demissão em massa dos trabalhadores(as) comprometidos com os Direitos Humanos no território.

Como resposta a isso, houve um grande esvaziamento do coletivo *Sem Ternos* e a necessidade de uma reorganização por parte desses trabalhadores(as) na forma de atuação no território, os quais se organizaram com outros militantes de Direitos Humanos e da Redução de Danos em um coletivo de atuação no território através de: presença cotidiana, denúncia da violência policial e organização de atividades culturais em conjunto com os usuários de psicoativos da região. Esse coletivo se chama *A Craco Resiste*. Nossa participação nesse coletivo foi fundamental no sentido de garantir um espaço de autonomia e resistência frente ao desmonte de políticas públicas voltadas para a garantia de direitos da população moradora da Cracolândia. *A Craco Resiste* também tem sido um espaço de debate e fortalecimento de luta no sentido de trazer a possibilidade reflexão e ação concreta que permita trazer novos elementos para a prática cotidiana profissional e pensar em alternativas de consolidação do projeto ético-político como resistência aos mecanismos de controle, sendo um espaço de militância que permite denúncia e enfrentamentos contundente à prática higienista da atual gestão, pois por ser autônomo, permite aos seus integrantes que se coloquem em contraofensiva às violências e violações de direitos sofridas pela população da Cracolândia, bem como aproximar o debate acadêmicos da realidade vivida por trabalhadores(as) e usuários de psicoativos da região.

Ao longo deste capítulo, falamos das diferentes intervenções realizadas pelo PRD e como a mudança de governos e de diretrizes alteraram a realidade social e a natureza de nossa intervenção em campo. O momento atual, coloca o PRD como um espaço de resistência não só no território da Cracolândia, como também na política municipal de IST e /HIV/AIDS. Na medida em que a equipe de redutores de danos é constituída por pessoas com inserção em outros espaços profissionais ou de militância ligados à Redução de Danos e aos Direitos Humanos, acabamos por formular estratégias de ação cotidiana que garantam a pauta do governo sem perder a perspectiva de análise crítica e atuação que vise a superação de uma lógica moralista sobre a questão do uso de psicoativos na sociedade brasileira, o qual encontra-se sistematizado na presente pesquisa.

Ademais, essa dissertação visa contribuir para a consolidação da Redução de Danos como paradigma da Saúde Coletiva e na importância da formulação de políticas públicas mais

democráticas e pautadas nos Direitos Humanos, no que tange o uso de psicoativos. Pretendemos, também, adensar a contribuição do Serviço Social na discussão acerca da Redução de Danos e da Política Pública para usuários de psicoativos.

1. SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, FORMAS DE USO, DE REPRESSÃO E REDUÇÃO DE DANOS

1.1 O uso histórico de substâncias psicoativas

A busca de alteração de consciência é constituinte da condição humana. Na história da humanidade, o homem entendido aqui enquanto ser social¹, utiliza de meios da natureza para atingir estados alterados de consciência. Seja através da respiração, da meditação, da dança, de atividades físicas, intelectuais, religiosas, da ingestão de alimentos ou pelo uso de substâncias psicoativas. A história permite uma compreensão do *status* atribuído às diferentes substâncias na cultura e na sociedade.

O uso de psicoativos faz parte da história das sociedades humanas e seu significado social é construído historicamente através das práticas e comportamentos desenvolvidos pelo ser social diante da realidade complexa e composta de um sistema de mediações. Na perspectiva ontológica, o ser social relaciona-se com a natureza modificando-a com o intuito de atender a necessidades objetivas e subjetivas de sua realidade social. Em se tratando do uso de psicoativos, pode ter objetivos diversos como, por exemplo, uso religioso, terapêutico, ritualístico, não religioso, lúdico, de interação social ou de busca pelo prazer.

Como já dissemos, o uso de substâncias psicoativas atende a necessidades determinadas, sejam elas alívio de sofrimento, alteração de consciência, desinibição dos sentidos e sentimentos, melhoria no desempenho de atividades, entre outras. Sendo assim, o uso de substâncias psicoativas adquire significados distintos em momentos históricos diferentes, podendo ser entendido como uma doença, uma solução ou uma cura. Além dos efeitos químicos, o uso de psicoativos produz efeitos culturalmente significativos, a natureza do valor específico que o psicoativo possui altera-se conforme a época e a sociedade, mas deriva da interação entre subjetividade e natureza (Carneiro, 2018).

É importante dizer que os diferentes significados não se excluem, e, em determinado momento, pode haver significados diversos para o uso da mesma substância. Com isso, o uso de determinadas substâncias pode ter significados diferentes, de acordo com os valores, a cultura e os padrões normativos de comportamento que vigoram em determinados grupos sociais.

¹ O ser social, numa perspectiva marxiana, é entendido como ser concreto, histórico e dialeticamente constituído na vida objetiva e cotidiana, na sociedade dividida pela relação de classe.

O consumo de psicoativos é uma prática social historicamente determinada e repleta de mediações relacionadas com o sistema de necessidades, “uma prática social relacionada às necessidades históricas e sua licitude ou ilicitude como expressão particular de interesses dominantes de caráter econômico e político”. (BRITES, 2017, p. 25)

A perspectiva ontológico-social de análise sobre o uso de psicoativos contribui para a apreensão das mediações presentes entre o indivíduo (nas suas possibilidades de escolha) e a sociedade, levando em conta as contradições e desigualdades inerentes à sociedade de classes que coloca limites objetivos para o desenvolvimento do ser social. Brites (2006), que nesse momento ainda denominava as substâncias psicoativas de “drogas”, explica:

Do ponto de vista ontológico, portanto, o caráter trans histórico do uso de drogas (trans histórico é aquilo que acompanha a história da própria humanidade) só confirma que, enquanto produto da práxis, o seu significado deve ser apreendido no âmbito do próprio ser social, de sua práxis. Por isso, sua contribuição é no sentido de desvelar o significado histórico do uso de drogas e contribuir com a construção de respostas democráticas, mediadas por concepções teóricas sobre o uso de drogas que afirmem valores e conquistas humano-genéricas. (BRITES, 2006, p 50)

A práxis aqui é entendida como a prática social, a capacidade do ser social de transformar a natureza através do seu trabalho para atender à necessidade de sua reprodução social. Concordamos com Carneiro (2018) que o psicoativo em si não existe no que diz respeito ao seu significado humano, de modo que sua objetividade química só se torna farmacológica na interação com o ser humano.. No caso do uso de psicoativos, trata-se de retirar um componente psicoativo de uma determinada planta ou composição química e utilizá-la ou ingeri-la para se atingir um propósito específico de alteração de consciência.

Historicamente, o ser humano faz uso de substâncias psicoativas para alterar sua consciência. Esse uso está vinculado ao atendimento de necessidades sociais que são determinadas historicamente e interferem nas finalidades e padrões de uso de diferentes psicoativos como parte do processo de reprodução do ser social (BRITES, 2017). As motivações para o uso de psicoativos são determinadas pelos efeitos decorrentes do uso, pelas expectativas culturais acerca da experiência a ser vivida, entre outros.

Desde o contato com povos colonizados, os psicoativos utilizados por essas culturas, seja como alimento, remédio ou alterador de consciência, foram sendo incorporados aos hábitos europeus de consumo e, ao longo do desenvolvimento da sociedade, foram tendo seu significado social e seu uso transformados. A colonização e dominação econômica, política e cultural que tem como religião o Cristianismo, afeta a relação dos indivíduos sociais com os psicoativos. Em sociedades tribais, por exemplo, o uso de substâncias psicoativas era parte da ritualística religiosa e festiva de determinados povos, e a busca de alteração de consciência era

incluída na sociabilidade daquela comunidade como algo aceito e muitas vezes até estimulado. Com o processo colonizatório e o desenvolvimento da sociedade capitalista, os europeus foram tendo contato com essas outras culturas, seu modo de vida, sua religiosidade, suas substâncias psicoativas, se apropriando de seus saberes e mudando o significado do uso das substâncias psicoativas, que passam a se inscrever nas dinâmicas de produção e reprodução das relações mercantis capitalistas e sendo caracterizadas como mercadoria nas esferas da produção e da circulação (MARTINS, 2011).

[...] a folha de coca tinha uso restrito aos líderes espirituais e guerreiros, funcionava como estimulante, diminuindo os sintomas do cansaço e fome. A coca passou a ser entregue aos índios para que resistissem às longas jornadas de trabalho forçado, produzindo mais, consumindo menos alimentos e reclamando menos das dores físicas. Um bem sagrado se tornou uma ferramenta útil para exploração da força de trabalho (CARLINI, 2004 *apud* DEGASPRI, 2013, p.27).

De maneira geral, tem-se uma tendência a se fazer juízos de valor sobre as diferentes formas de uso de substâncias psicoativas, desconsiderando as determinações sociais que interferem nas possibilidades que os indivíduos sociais têm de exercer sua liberdade de escolha e autonomia frente ao uso de psicoativos. Isso acontece porque as abordagens sobre uso de psicoativos dão ênfase na relação do indivíduo com a substância como fator isolado do contexto social e entendem o uso de substâncias psicoativas como doença ou desvio moral.

Essa perspectiva de compreensão acerca do uso de substâncias é limitada, pois não existe um único, mas diversos usos de psicoativos. Como assinala o CEFESS (2016), “a atribuição de um poder às substâncias em si é cientificamente infundada, já que o uso, abuso ou dependência química resultam de interações de determinadas substâncias, o indivíduo singular e condições sociais particulares” (CFESS, 2016, p. 8), e é necessário levar em conta que a determinação das características do uso dessas substâncias se dá a partir das diferenças e multiplicidades dos indivíduos sociais em suas determinações históricas, o significado que esses indivíduos sociais em sua realidade dão para determinadas substâncias psicoativas, e pelo contexto em que este uso acontece.

Sendo assim, ao pensarmos sobre os psicoativos e suas consequências para a sociedade e o indivíduo, não podemos isolar seu uso de seu contexto social, sendo necessário considerar que o uso de substâncias psicoativas tem aspectos biopsicossociais, com três agentes que o determinam: a substância a ser usada, o *set* ou atitude da pessoa que usa a substância e o *setting* ou contexto físico ou social que a substância é usada (OLIVENSTEIN, 1990 *apud* ADORNO, 2015), no qual diferentes contextos produzem diferentes padrões de uso. O contexto aqui não pode ser minimizado e entendido apenas como um pano de fundo. É preciso levar em conta que

as relações de classe determinam de maneira essencial as possibilidades de uso de substâncias psicoativas. A relação que o indivíduo social estabelece com a substância psicoativa é determinada por condições materiais e sociais, nas quais os indivíduos das classes trabalhadoras acabam por ter condições de uso de psicoativos diferentes dos indivíduos que fazem parte da classe média ou da burguesia. Portanto, a abordagem sobre uso de psicoativos deve reconhecer a complexidade do fenômeno, incorporando tanto a perspectiva biopsicossocial quanto as análises sobre as determinações econômicas, políticas e culturais que incidem sobre as particularidades históricas das relações dos indivíduos sociais com as diferentes substâncias psicoativas. (BRITES, 2015)

1.1.1. O significado do psicoativos na sociedade mercantil²

Na sociedade capitalista, o consumo é parte do complexo sistema de produção, distribuição e consumo de mercadorias e, dentre elas, as substâncias psicoativas (ARRUDA, 2014). Nessa forma de organização social estimula-se a obtenção de prazer imediato, a frustração não é tolerada e o uso de substâncias psicoativas deixa de ser uma busca pela ampliação do estado de consciência e contato com o divino e passa a ser uma mercadoria para atender as necessidades do indivíduo e da sociedade, mercadoria essa que precisa ser vendida e gerar lucro. No caso de uso de psicoativos, a substância psicoativa adquire não apenas valor de uso e valor de troca, mas também valor de signo (CARNEIRO, 2018), uma vez que as determinações subjetivas, culturais e econômicas permeiam a constituição da forma como determinado sujeito social escolhe e estabelece relações de uso com determinadas substâncias psicoativas e que, na sociedade capitalista, toda mercadoria satisfaz aspectos materiais e simbólicos.

A mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa a qual pelas suas propriedades satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. A natureza dessas necessidades, se elas se originam do estômago ou da fantasia, não altera nada na coisa. (MARX, 1985, p. 45 *apud* CARNEIRO, 2018, p. 24)

²Não temos a pretensão de apresentar aqui uma sistematização completa acerca da teoria social de Marx, e de como a produção, circulação e consumo de substâncias ilícitas corresponde a essa lógica de organização. Porém, na medida em que temos como método de pesquisa e compreensão crítica da realidade o materialismo histórico dialético e que a questão do uso de substâncias ilícitas é constituída, em sua raiz, por essas determinações sócio-históricas, sentimos a necessidade de nos debruçarmos sobre essa perspectiva, ainda que de maneira incipiente. Martins (2001) aprofunda esse estudo de maneira muito completa e pertinente, por isso citamos longas partes de seu trabalho ao longo da dissertação e recomendamos sua leitura.

Essas substâncias constituem valor para o capital, são mercadorias que precisam ser comercializadas na esfera da produção e da circulação. O consumismo faz com que a pessoa que usa substâncias psicoativas torne-se um mero consumidor que acaba por ser estimulado ao consumo desenfreado de toda e qualquer mercadoria. Em determinado momento da história (como veremos a seguir, no item deste capítulo que discute a Guerra às Drogas), algumas substâncias psicoativas vão sendo consideradas ilegais. A definição da legalidade ou ilegalidade dessas substâncias, não obedece a nenhum critério objetivo de maior ou menor nocividade, toxicidade ou potencial de dependência (CARNEIRO, 2018). O que determina a licitude ou não das substâncias psicoativas são determinações políticas e econômicas. Apesar disso, as substâncias psicoativas ilícitas, mantêm-se na lógica capitalista de mercadorias a serem consumidas e, com isso, sua produção, circulação e consumo acabam seguindo a lógica do mercado.

Há uma divisão social do trabalho da produção de drogas onde o traficante é tido como detentor dos meios de produção e o camponês o vendedor da força de trabalho (...). A produção de drogas pressupõe uma economia da qual possa viver e a circulação (tráfico) da mercadoria. (MARTINS, 2011, p. 96)

No caso da circulação dessa mercadoria, poderíamos dizer que há a existência de um trabalho autônomo, uma vez que os vendedores dessas substâncias investem na mercadoria e auferem lucro a partir do preço colocado pelo mercado³. Há uma grande rede de intermediários entre o produtor da substância ilícita e seu consumidor, onde cada intermediário lucra a partir do preço pelo qual vende a mercadoria. Há também um “mercado regulador” que determina o preço médio de cada substância de acordo com sua qualidade e a região em que é vendida. Não queremos aqui aprofundar sobre as dinâmicas de mercado, produção, circulação e consumo de mercadorias da sociedade contemporânea e sua relação com o mercado das substâncias ilícitas, mas nos sentimos no estímulo a essa reflexão para uma compreensão mais apurada sobre as dinâmicas do uso de substâncias ilícitas na sociedade.

A produção de substâncias psicoativas ilícitas se organiza de maneira que corresponda à exploração da força de trabalho e mais-valia ou, como afirma Martins (2011),

As drogas na sociedade capitalista constituem valor para o capital porque são mercadorias e cuja condição necessária é a divisão social do trabalho (...). As drogas, com as características de mercadorias que hoje circulam livremente mundo afora delimitam a especificidade histórica capitalista – são produtos de uma sociedade produtora de mercadorias que visa o valor (...) Uma mercadoria, na sociedade

³ Martins (2011) utiliza o termo capitalista das drogas ilícitas para referir-se ao que a mídia chama de narcotraficante ou traficante, entendendo que o termo narcotráfico é carregado de estigmas, questões morais e legais, e sua análise da droga como mercadoria no capitalismo está para além das questões em torno da sua legalidade. Nessa perspectiva, nos referimos a circulação e distribuição de substâncias ilícitas para designar o que o senso comum chama de narcotráfico, na perspectiva de não reprodução de estigmatizações acerca deste tema.

capitalista conforme Marx (2008), é vendida para outro não para comprar outra mercadoria, mas para produzir valor (capital) e substituí-la pela mercadoria dinheiro. É o capital que faz girar a produção e circulação das drogas na sociedade atual. (MARTINS, 2011, p. 24-25)

Apesar de estar no campo da ilegalidade⁴, a produção, circulação e consumo de algumas substâncias psicoativas, ao se organizar no modo de produção capitalista e transformar essa substância em mercadoria, agrega a ela não apenas o valor de troca como também o valor de uso, uma vez que “qualquer produto só se constitui como mercadoria ao se constituir como valor social da troca para terceiros” (MARTINS, 2011, p. 80). No que tange as substâncias lícitas, a indústria farmacêutica capitaliza o uso de psicoativos que se tornam portadores de valor de troca como qualquer outra mercadoria. Em se tratando de substâncias psicoativas, cujo uso não é orientado por critérios médicos ou de saúde, a determinação de seu valor deixa de ser o seu valor de uso ou a satisfação de seu consumidor e passa a ser, exclusivamente, o lucro gerado em torno dessa mercadoria.

(...) Drogas sustentam acumulação capitalista à medida que são usadas como mercadorias para forjar mecanismos de dominação nas esferas econômica, política e social, sobretudo a partir da década de 1970 (...). De acordo com Marx (2008 apud Martins, 2011), um produto só pode ser considerado como mercadoria se possuir a forma de valor, isto é, se se constituir como valor social para terceiros e não para quem o produz. Marx explica que esse valor (mercadoria) necessariamente há que possuir um equivalente de troca diferente dele mesmo. O equivalente geral, por meio do qual as mercadorias são trocadas, é a mercadoria dinheiro. No caso das drogas ilícitas, o que movimenta esse lucrativo negócio não é a satisfação própria pelo consumo da droga, por parte de quem a produz. Ao contrário, o que movimenta a economia das drogas é a expectativa do lucro em torno da sua produção e da sua circulação. (MARTINS, 2011, p. 21)

No campo da produção, circulação e consumo, as substâncias psicoativas seguem a lógica do capital sem perder, no entanto, a complexidade de seus diferentes significados sociais e de suas diferentes possibilidades de usos. É preciso levar em conta toda essa complexidade para poder refletir sobre o uso de substâncias psicoativas na contemporaneidade sem perder de vista as características fundamentais que o uso de substâncias adquirem a partir de nossa realidade social. Há, portanto, a organização de um modo de produção capitalista de substâncias psicoativas e ao mesmo tempo a manutenção de seu caráter lúdico, místico ou cultural.

⁴Aqui, cabe ressaltar que a abordagem da cultura hegemônica sobre o uso de psicoativos é baseada em valores que não dão conta da realidade permeada por contradições da sociedade capitalista. Esses valores determinam, por exemplo, a legalidade e a ilegalidade das substâncias psicoativas a partir de critérios outros que não os de risco e danos à saúde. Nessa perspectiva, constrói-se tolerância ao uso de algumas substâncias extremamente nocivas à saúde e intolerância a outras. Há, ainda, uma legitimação de respostas violentas, conservadoras e autoritárias sobre determinadas práticas sociais e de saúde que, no fundo, atuam como mecanismo de controle sobre determinado conjunto de indivíduos sociais pertencentes à classe trabalhadora (BRITES, 2017). Aprofundaremos essa discussão ainda neste capítulo.

O uso de psicoativos nessas condições, coloca como fetiche da mercadoria o vício como substituição de todos os desejos (CARNEIRO, 2018). Ou seja, cria-se um valor moral em torno do uso de psicoativos (falaremos disso adiante, ainda neste capítulo), no qual os significados culturais e simbólicos que levam o sujeito ao uso de psicoativos é reduzido ao conceito de vício e à falta de opção desse sujeito em determinar suas escolhas. A proibição, portanto, confere o valor tabu às substâncias psicoativas ilícitas, o que determina não apenas os significados sociais para os quais o uso de diferentes psicoativos se constituem, como também a produção, a circulação e o consumo dessas substâncias se dá na realidade social. A proibição agrega enorme valor às substâncias cujo mercado clandestino permite isenção fiscal, monopólio, altos lucros e violência sobre a força de trabalho.

Muito além do que se pode estar inscrito no produto como lucro potencial entre o diferencial do preço do produto e do custo de produção, ele absorve um custo da proibição, que remunera a ilicitude com monopólio, imposição de preços, ausência de controles, adulteração, extorsão e violência como regras da desregulação (CARNEIRO, 2018, p. 24).

Outro fator importante a ser ressaltado é que, com o desenvolvimento do capitalismo e a precarização das condições de vida, o uso de substâncias vai ganhando um valor de uso e um significado importante na manutenção da condição de exploração da classe trabalhadora. Substâncias como o café e o açúcar constituíram-se uma combinação calórica e excitante ideais para o aumento do desempenho, da labuta (inclusive noturna) de soldados e trabalhadores na Revolução Industrial. O uso compulsivo ou o abuso de substâncias surge como resultado das formas de trabalhar e de viver modeladas pelas formas capitalistas de acumulação (ARRUDA, 2014; ZUCCARO, 2007). Entendemos que as condições de vida da classe trabalhadora são muito opressoras, com longas jornadas de trabalho e péssimas condições de vida, falta de acesso a bens e serviços. Nessa conjuntura, o uso ou o abuso de substâncias psicoativas se torna uma anestesia para o enfrentamento dessa realidade, onde o acesso ao lazer na periferia está, em sua maioria, nos locais de venda de bebidas alcoólicas e a falta de possibilidade de construção de uma vida mais digna traz angústias e frustrações que são aplainadas pelo uso de substâncias em seu caráter, inicialmente, recreativo ou terapêutico.

Com a Revolução Industrial, iniciada no século XVIII e intensificada no século XIX, o uso do álcool destilado passa a ser descrito como útil não apenas para atividades lúdicas ou alimentícias, como foi o caso da cerveja. A bebida alcoólica passa a ser uma referência, ou seja, um artifício para entorpecer a dura realidade da classe trabalhadora, como observa Friedrich Engels. (ENGELS, 2008 *apud* MARTINS, 2011, p. 42)

Dentre as inúmeras possibilidades de relação que os indivíduos estabelecem com as substâncias psicoativas, há diferença entre uso controlado e uso compulsivo, sendo o uso controlado definido como aceitável, descrito como experiências positivas e seguras; e o uso negativo, “entendido por nós como sendo produzido, em grande medida, pela necessidade do trabalhador manter sua produtividade” (ARRUDA, 2014, p. 50). Cabe aqui ressaltar que consideramos o uso abusivo e prejudicial de substâncias psicoativas como algo determinado socio-historicamente pelas condições materiais da existência dos indivíduos sociais, cujo uso abusivo é determinado, mais do que pelo o uso da substância em si, pelas condições socio-históricas em que os indivíduos sociais estão inseridos.

O uso de psicoativos é uma expressão da questão social inerente à desigualdade estrutural do capitalismo (ALBUQUERQUE, 2018). A compreensão da questão social é muito importante para uma reflexão crítica acerca da realidade do uso de substâncias psicoativas na sociedade capitalista. A questão social é entendida como conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura (IAMAMOTO, 2001), uma expressão politizada das desigualdades sociais, é sinônimo de contradição, exploração, acumulação e conflitos sociais. Como diz Netto (2001), a questão social é um conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos decorrentes do desenvolvimento do capitalismo e está intimamente relacionada ao sistema de produção, o qual engendra as desigualdades sociais.

Como dissemos, o significado do uso de substâncias é determinado pelo indivíduo em relação à substância e ao ambiente em que está inserido, sendo essa relação uma determinação para o estabelecimento de padrões de uso controlado de qualquer psicoativo. Nesse sentido, é fundamental uma leitura crítica da realidade social em que esse indivíduo se insere considerando que suas determinações sociais interferem diretamente nas possibilidades de construção de formas de uso das substâncias psicoativas.

O modo de vida nessa sociedade vem acompanhado de valores e regras normativas de comportamento baseadas em valores morais rígidos e conservadores, que determinam de maneira evidente a divisão entre o bem e o mal, o certo e o errado no âmbito do comportamento dos sujeitos no que tange, inclusive – ou principalmente – a relação com as substâncias psicoativas, a sexualidade e a busca do prazer. Aprofundaremos essa discussão no item sobre a ideologia produzida pela Guerra às Drogas, mas, neste momento, é importante dizer que esses valores são determinados pela moral conservadora, influenciada pela moral religiosa que cria uma divisão da sociedade entre os que usam substâncias psicoativas ilícitas, tidos como maus, e os que não usam, tratando essa expressão da questão social como algo individualizado e moralizante. O uso de psicoativos passa a ser entendido como um “problema social”, um perigo,

um evento indesejado e é naturalizado como algo essencialmente negativo, reduzindo os psicoativos às suas propriedades farmacológicas.

É importante ressaltar que, apesar de haver o uso abusivo de substâncias na sociedade de consumo, esse não é o único modo possível ou experimentado (e muito menos o predominante) dentre as pessoas que fazem uso recorrente de psicoativos. A imensa maioria dos indivíduos que pratica o uso, seja recreativo, medicinal, ritualístico ou religioso de qualquer substância não se torna dependente e incorpora essa prática como elemento de sua cultura e aprendizado social (GOMES e MESSEDER, 2015). O uso abusivo não é a única possibilidade colocada na relação entre indivíduos sociais e substâncias psicoativas. A compreensão do consumo de psicoativos a partir de grupos que fazem uso recreativo visa questionar as ideias simplistas de que todo uso de psicoativos pode vir a se tornar um problema para qualquer pessoa que experimentar alguma substância. Em recente relatório do órgão das Nações Unidas que norteia as diretrizes das políticas de saúde e prevenção para usuários de substâncias estimulantes, constata-se que “a grande maioria das pessoas que usam drogas estimulantes o fazem ocasionalmente, o que pode ser caracterizado como 'uso recreativo' e não desenvolverá dependência ou qualquer outro problema de saúde”. (UNODC, 2019, p. 13)

Apesar das condições socio-históricas envolvidas nas determinações da relação que o indivíduo social estabelece com o uso de substâncias psicoativas, acreditamos que o uso dessa substância pode ser feito de maneira saudável.

Tendo por suposto essa concepção da riqueza humana, podemos identificar em alguns usos de drogas a objetivação do caráter alternativo da práxis dos indivíduos sociais, no sentido de superar formas históricas de moralismo e de concepções de saúde que servem ao controle e a manipulação dos comportamentos e atos singulares e negam a liberdade. (BRITES, 2006, p. 44)

As substâncias alteradoras de consciência foram, uma a uma, sendo consideradas ilegais, caracterizando a política de Guerra às Drogas, que preconiza a diminuição da oferta e a criminalização do consumo. Essas medidas legalistas são fundamentadas em princípios políticos, morais, religiosos e econômicos pautados no que chamamos de Cultura do Medo.

1.1.2. A Questão Social, os psicoativos e a moralização dos costumes

*“Paz sem voz, não é paz, é medo”
(Marcelo Falcão)*

A compreensão que a sociedade tem acerca do uso de substâncias psicoativas é influenciada pela moral e pela ideologia. Podemos situar as formas de inserção das substâncias psicoativas como expressão da questão social, considerando-as no interior das respostas do

Estado à questão social e na difusão ideológica da moral conservadora arraigada na sociedade. No contexto das respostas dadas pelo Estado às expressões da questão social e em relação ao estigma social, observa-se a reprodução de uma série de preconceitos e discriminações voltados à estigmatização dos usuários como “bandidos”, contribuindo para o fortalecimento de uma cultura contrária aos direitos humanos e favorável à criação de políticas e programas que desvinculam o uso de substâncias psicoativas da saúde, articulando-o à justiça e à repressão.

No Brasil, a “Guerra às Drogas” incorpora os pressupostos de Segurança Nacional da Ditadura, contribuindo para a reprodução de uma cultura do medo social. A ideologia hegemônica estrutura todo seu sistema de valores a partir da cultura do medo, na qual há sempre um inimigo a ser combatido e gera-se uma necessidade de intervenção militar e de segurança para que a ordem seja estabelecida e mantida; “o medo é um projeto estético que entra pelos olhos, pelos ouvidos e pelo coração”(BATISTA, 2003, p. 75). A cultura do medo estabelece uma relação de hierarquia, competição e confronto, na qual todo aquele que é diferente dos padrões estabelecidos pela moral é alguém de fora, que deve ser derrotado ou dominado.

No neoliberalismo, há um crescimento da ideologia individualista e cabe ao sujeito a tarefa de, sozinho, superar suas dificuldades e ser bem-sucedido social e economicamente. As correntes conservadoras manipulam o medo de forma que a sociedade entenda as expressões da questão social como “problemas individuais” e “morais” dos sujeitos periféricos. A ideologia predominante entende que todo aquele que logra fracassar nos padrões de sucesso do capitalismo, seja por questões de raça, classe, ou por basear sua vida social em outros padrões ideológicos fracassa por fraqueza ou “desajuste moral” e é, portanto, uma ameaça. Essa sensação de ameaça é o motor propulsor da cultura do medo. Seja pela ótica da segurança pública, seja pela perspectiva da soberania cultural, a sociedade capitalista exerce o poder de dominação sobre as classes através da expansão do medo. A lógica vigente é a de que todo ser humano, através de seu empenho e seu esforço próprio, é capaz de obter sucesso, prosperidade e realização pessoal, despolitizando a realidade social e ignorando os fatores políticos e sociais que determinam a estrutura desigual da sociedade de classes. “A moral desempenha um papel fundamental e conduz ao entendimento de que expressões da questão social são consequências de uma desagregação moral” (BARROCO, 2015, p. 625), isso significa que, quando um indivíduo social não consegue ser bem sucedido na sociedade, ou tem comportamentos e práticas sociais divergentes da cultura hegemônica, é por falta de moral, ou “inferioridade” no seu caráter.

Estereótipos são construídos pelo senso comum e exercem a função de orientação moral e política. São veículos de difusão de normas e comportamentos orientados por uma

determinada visão de mundo, de uma moral e uma ideologia (CFESS, 2016). Esses estereótipos obedecem a padrões estéticos, culturais, econômicos e de comportamento. Assim se cria o senso comum sobre o que é aceito ou não na vida social, o que é valorizado e estimulado em termos de práticas sociais e, também de padrões estéticos e econômicos. Essa padronização acaba por estabelecer como valores hegemônicos a forma burguesa de viver. É no modo capitalista de ser (*ethos* burguês) que todos devem se referenciar. A meta de todos os sujeitos é ter uma vida burguesa, morar como a burguesia mora, comer o que a burguesia come, cultivar os padrões estéticos de beleza, magreza e moda da burguesia e se comportar como a burguesia se comporta. Quem porventura não acate ou não se adapte a esses valores acaba por ser condenado moralmente como um “indivíduo desajustado”. Essa forma de construção da moral e do senso comum desconsidera fatores como desigualdade social, racial e de gêneros inerentes à sociedade de classes, bem como suas especificidades culturais e étnicas. Padroniza-se a vida pelo modelo ocidental, branco, heteronormativo da classe dominante. Qualquer outro comportamento, valor ou prática social que venha a divergir disso, sofre sanções morais.

A moralização da questão social tem como medida a punição e divide o mundo entre bons e maus, fazendo julgamentos moralistas, intolerantes e preconceituosos acerca dos comportamentos dos indivíduos ou grupos sociais (BARROCO, 2015). Ao estabelecer a divisão entre o bem e o mal, utilizando como critérios os comportamentos socialmente determinados pela divisão de classes, a cultura do medo criminaliza a pobreza e coloca o indivíduo social das classes subalternas na condição de precisar ser punido por sua condição de classe. Não bastasse toda precarização da vida da classe trabalhadora, as classes subalternas passam por mais um processo de exclusão através do julgamento moral. A crise do capitalismo e o crescimento das desigualdades alimentam a segregação e a criminalidade. A criminalidade é tida como “coisa de vagabundo”, de quem “não quis trabalhar e escolheu o jeito mais fácil de ganhar a vida”, desconsiderando o desemprego estrutural e a precarização da vida do trabalhador proletariado. Desconsidera também que esse trabalhador(a) é estimulado(a) a consumir o que a burguesia consome, sem no entanto ter poder aquisitivo para tal, e que a criminalidade está diretamente ligada à desigualdade social e à ausência de acesso a bens de consumo e a políticas sociais de grande parte da população que pertence à classe trabalhadora subalternizada.

Constrói-se, portanto, um estereótipo de “cidadão de bem” em contraponto ao estereótipo do criminoso. Esse “cidadão de bem” corresponde a padrões estéticos, intelectuais, culturais e de modos de vida específicos da classe burguesa.

A busca pela hegemonia da burguesia cria relações entre cultura, beleza, limpeza e ordem (...) e apesar da liberdade individual, a modernidade não abandonou seus ideais de beleza, pureza e ordem que limitamos a busca pelo prazer. (BATISTA, 2003, p. 78)

Nesse contexto, aqueles que não correspondem a esses padrões estéticos e culturais são considerados inimigos que ameaçam a ordem e a manutenção da sociedade e suscitam o medo e a necessidade de uma intervenção no sentido de exterminá-los ou corrigi-los.

Cria-se uma dinâmica na qual a lógica é punitivista: a punição como forma de “corrigir os desvios” e garantir a ordem. Essa ideologia punitivista é que fundamenta todo o sistema legislativo penal da nossa sociedade e determina a militarização da vida cotidiana, travando uma guerra entre os “bons” e os “maus” e fomentando a cultura do medo. O punitivismo também conta com seu aparato moral, que julga e condena aqueles que devem receber a “punição” e aqueles que devem receber a “premiação”. Um exemplo disso é o fato de uma pessoa ser julgada e condenada a até 20 anos de prisão se matar alguém na rua, mas um policial que mata um “bandido” na periferia é condecorado e parabenizado por realizar bem seu trabalho.

Nessa lógica, algumas vidas valem mais do que outras. Agamben (2000) e Mbembe (2011) dizem que esses corpos que valem menos são “corpos matáveis”. São os indivíduos para os quais a política pública de segurança se destina, gerando altos lucros a uma indústria que vende aparatos de segurança particular, à indústria penal e carcerária e à indústria armamentista. As vidas que justamente valem menos são aquelas pertencentes às classes subalternizadas. A hegemonia conservadora trabalha a difusão do medo como indutor e justificador de políticas autoritárias e o que move o sistema jurídico é o controle ou a destruição dos grupos mais pobres da população.

A militarização da vida cotidiana se expressa na ocupação de favelas, extermínio de indivíduos e grupos sociais, visa controle social e eliminação de população sobrando para o capital e o disciplinamento da classe trabalhadora. (BARROCO, 2015, p. 629)

O medo é a porta de entrada para políticas genocidas e de controle social, pois é no nível do imaginário que se desenvolvem as principais batalhas pela hegemonia política. A mídia, o poder público e setores conservadores da sociedade constroem a ideologia do medo na população a partir da veiculação de cenas de violência com o intuito de fortalecer o estereótipo do criminoso como sendo o jovem negro da periferia. Com isso, cria-se uma estrutura social na qual é vedada às classes subalternizadas a ocupação de determinados espaços públicos, consideradas ameaça à ordem e à segurança quando se atrevem a romper as barreiras da segregação espacial e transitar por determinadas áreas dos espaços urbanos públicos. Não é incomum o relato de jovens negros da periferia abordados pelos aparatos de segurança pública quando circulam em determinados pontos das grandes cidades, levados para averiguação por apresentarem “atitudes suspeitas” ao caminharem pelas ruas de bairros nobres das grandes cidades. O “sistema criminal está direcionado a camadas mais frágeis da população, com intuito

de mantê-la na marginalidade social, estigmatizando um estereótipo de criminoso que corresponde às características de grupos sociais específicos”. (BATISTA, 2003, p. 16)

É importante dizer que, principalmente no caso do Brasil, a questão de raça está diretamente ligada à situação de pobreza das classes subalternizadas. A classe trabalhadora tem uma cor, uma raça e, também está relacionada às questões de gênero. São os jovens negros periféricos quem sofrem as maiores consequências da estigmatização e da criminalização da pobreza. “Delimitar o inimigo como alguém de fora, como o outro, e tratar de estabelecer estratégias de controle duríssimas foram as medidas tomadas contra os negros desde meados do século XIX”. (BATISTA, 2003, p. 28)

A discriminação baseada na cor – o chamado racismo estrutural – está engendrada não só na nossa cultura, mas também no sistema judiciário e policial. Assim, a população negra periférica acaba sendo mais vigiada e recebendo penas mais pesadas do que os brancos que cometem os mesmos crimes, pois “penalizar a miséria significa tornar invisível o problema negro e assentar a dominação racial dando-lhe aval do Estado”. (WACQUANT, 2001, p. 10)

O conservadorismo defende o fim do Estado Social. As políticas sociais vão sendo desmontadas e a garantia de direitos sociais passa a ser pautada pela Segurança Pública. O Estado deixa de ter o papel de garantir direitos e minimizar os danos da sociedade capitalista e passa a ter como principal função a construção de aparatos de controle e normatização da vida.

“Neoconservadorismo é a forma dominante da apologia conservadora da ordem capitalista, combatendo o Estado social e direitos sociais (...) reservando ao Estado a função coercitiva de reprimir violentamente todas as formas de contestação à ordem social e aos costumes tradicionais”. (BARROCO, 2015, p. 625)

O neoliberalismo e a crise do capitalismo consolidam a adoção, por parte do Estado, de programas compensatórios e institucionalização da repressão, num processo de militarização da vida que transforma exceção em regra, mantendo o Estado de Exceção no interior do Estado Democrático. O Estado de Exceção é um Estado de Guerra, que foge às normas, convenções morais e regras de convivência. Em Estado de Guerra tudo é válido para se manter a paz e ganhar a “disputa”, inclusive atitudes que, no Estado de Direito seriam consideradas condenáveis. Os Direitos Humanos são suspensos no Estado de Exceção para vigorar o Estado de Guerra, suspendendo a moralidade humanitária e considerando todos os meios moralmente válidos para vencer o inimigo. Essa guerra é travada contra uma parcela mais subalternizada da classe trabalhadora, sendo, portanto, uma expressão da luta de classes.

Essa lógica violenta do Estado dá relevância à repressão, penalização e ao encarceramento da população subalternizada, que acaba por viver em Estado de Exceção. (AGAMBEM 2004, p. 13)

[...] o totalitarismo moderno pode ser definido como a instauração, por meio do Estado de exceção de uma 'guerra civil legal' que permite a eliminação física não só dos adversários políticos, mas também de categorias internas de cidadãos que, por qualquer razão, pareçam não integráveis ao sistema político. (AGAMBEM 2004, p. 13)

O fim das políticas sociais, o crescimento das políticas repressoras, do aparato de segurança pública e do sistema carcerário determinam a nova função do Estado Neoliberal, cujas “prerrogativas do neoliberalismo é a supressão do Estado econômico, o enfraquecimento do Estado social e o fortalecimento e a glorificação do Estado penal que criminaliza a miséria” (WACQUANT, 2001, p. 18) e essa guerra é travada contra jovens negros da periferia. O neoliberalismo defende, portanto, o fim de investimentos em políticas sociais que garantam direitos. Políticas públicas assistenciais são desmontadas e deixam de existir, havendo um deslocamento, por parte da política pública, do investimento em políticas de educação, assistência social, saúde, ou programas de transferência de renda para o investimento em presídios, armamento policial, equipamentos de tecnologia e de guerra para órgãos de segurança pública.

A cultura do medo legitima a política de segurança pública pautada no extermínio, na opressão policial, na perseguição de alguns grupos e na criminalização da juventude pobre. A criminalização da luta de classes concretizou a arquitetura carcerária fundada na privação de liberdade. (BATISTA, 2003)

A construção dessa cultura do medo tem como grande agente propulsor a mídia. Pois é através dos telejornais sensacionalistas, bem como dos programas de entretenimento (filmes, seriados ou telenovelas), que se consolidam os valores culturais e a ideologia que criminaliza a pobreza, legitima a violência policial, coloca a sociedade em concordância com a lógica repressora e moralista do Estado e reforça a cultura do medo. A mídia cria o inimigo público na figura do traficante armado.

[...] os meios de comunicação de massa, principalmente a televisão, são hoje fundamentais para o exercício do poder de todo sistema penal, seja através de novos seriados, seja através da fabricação da realidade para produção de indignação moral, seja pela fabricação de estereótipo do criminoso. (BATISTA, 2003, p. 32)

No cenário internacional, os psicoativos passaram gradativamente a substituir o comunismo como figura ideológica de ameaça à democracia mundial, aquecendo a indústria bélica e mantendo viva a crença de que sempre temos um inimigo a ser combatido, promovendo

“uma transferência do inimigo interno do terrorista para o traficante e todo sistema de controle social, incluindo a comunicação de massa, convergiu para a confecção do novo estereótipo, o jovem traficante” (BATISTA, 2003, p. 40). O cinema internacional é um bom exemplo dessa mudança. Os filmes do famoso James Bond, o agente 007, cujas histórias se passam pelo enredo de um espião de um órgão de segurança internacional que tem como missão combater o terrorismo e os inimigos da Segurança Mundial tinham, nos primeiros filmes produzidos, a extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, a Rússia e o mundo socialista como “inimigos a serem vencidos”. Com o fim da Guerra Fria, as novas produções cinematográficas que contavam as aventuras do personagem passaram a ter como inimigos os produtores de substâncias psicoativas de países subdesenvolvidos, bem como personagens associados ao islamismo e ao mundo árabe. Esse é só um exemplo das diversas investidas da política proibicionista na construção de um imaginário social na população mundial que valida o investimento na Guerra às Drogas.

A centralidade do uso de psicoativos na formação do estereótipo da criminalidade faz desta um alimento formidável para o alarme social e para as campanhas de lei e ordem, que recai na criminalização do jovem negro periférico que usa substâncias psicoativas. Na questão do uso de psicoativos, há um recorte de classe na forma como a sociedade avalia o uso de psicoativos, na qual a classe média é vista como consumidora e tem perspectiva médica e a classe subalternizada é vista como traficante e tem abordagem criminal. A questão social volta a ser tratada como caso de polícia e violência ou ideologia da guerra é reeditada na guerra ao tráfico.

A criminalização da pobreza é fruto de um capitalismo selvagem, no qual não existe mais mão de obra de reserva e essa parcela da classe trabalhadora precisa ser dizimada. Por isso a política criminal de drogas se dirige aos pobres indiscriminadamente. (Batista, 2003, p. 84)

No Brasil, a popularização do uso de crack nas periferias dos centros urbanos contribui para que a mídia brasileira dissemine estigmas sobre usuários de crack como violentos e degradados, causando o que Domanico (2006) denomina de pânico moral, reforçando o imaginário social de necessidade de aparato policial e repressor como estratégia para o uso abusivo de substâncias e o combate ao tráfico. Campanhas de pânico moral e alarme social alimentam a lógica do controle social próprio da ditadura militar e introjeta a ideologia do extermínio (BATISTA, 2003, p. 22), contribuindo para a construção de uma política criminalizadora, ineficaz e desumana contra as substâncias psicoativas.

A construção do pânico moral em relação ao crack reduz o uso de substâncias à influência do fármaco, e à ideia de que o simples contato levaria à utilização compulsiva (CARNEIRO, 2018) e justificaria atitudes opressoras por parte de gestores da saúde pública. A criação do pensamento do crack como um mal legitima a criação de regras fixas e instituições de controle para essas regras de comportamento em relação ao crack. Valores morais que têm como objetivo eliminar a existência do crack na sociedade. Oberlini & Pinto (2015) refletem que essa construção tem objetivos claros de intervenção dos aparatos repressores,

[...] apresentados como `zumbis humanos` que perambulam pelas ruas das capitais, roubando pessoas, e assustando pela sua aparência decrepita reforçam ações do Estado, que violam os direitos individuais, em prol de um suposto `bem comum` da sociedade. (OBERLINI e PINTO, 2015, p. 170)

Como já dissemos, entendemos que a questão do uso de substâncias psicoativas na sociedade capitalista passa por uma estigmatização dos usuários e cria aparatos de controle violentos e repressivos que criminalizam a pobreza e definem o usuário como um mal a ser eliminado da sociedade e encarcerado em prisões ou manicômios. A pessoa que usa psicoativos, em geral, e o crack, em particular, acaba por corresponder aos estereótipos do “bandido”, do “criminoso” ou do “vagabundo”, o inimigo da ordem que precisa a todo custo ser eliminado. Associa-se a figura do jovem negro periférico a do usuário de psicoativos e a cultura do medo finaliza-se no medo que a sociedade tem da classe trabalhadora subalternizada. No caso do Brasil, devido ao alto índice de desigualdade social e a grande notoriedade que a mídia e o poder público deu ao uso de crack entre a população jovem periférica, essa estigmatização ganha cores especiais.

A realidade construída sob o pretexto de “combate ao tráfico” ou “eliminação do mal” deixa os grandes produtores e vendedores de substâncias psicoativas ilícitas permanecerem impunes, enquanto a população preta e pobre é continuamente violada em seus direitos, trancafiada em comunidades terapêuticas e encarcerada no sistema penitenciário sob a justificativa de combate às “drogas”. As vítimas da chamada Guerra às Drogas têm seu ato final “desumanizador na própria morte, quando, mais uma vez, tal como nos campos de concentração, não se morria, apenas se “desaparecia” na engrenagem do sistema, numa lógica quase fordista de produção de ‘morte em série’”, como chamou Agambem (2008, p. 78).

No Brasil, a Guerra às Drogas tem sido um recrutador eficaz de clientela para a letalidade do nosso sistema penal (BATISTA, 2003). O aparelho carcerário brasileiro só serve para agravar a instabilidade e a pobreza das famílias. As prisões brasileiras parecem campos de concentração para pobres. Estão superlotadas e apresentam péssimas condições de vida,

ambiente insalubre, falta de alimentação, excesso de violência institucional, alto índice de contaminação de tuberculose e de infecção por HIV e ausência de educação e formação para a população carcerária. (WACQUANT, 2001)

1.1.3. O proibicionismo e a Guerra às Drogas

A forma como a sociedade capitalista foi respondendo à existência dos psicoativos e seus diferentes usos é uma história marcada por interesses econômicos. A separação entre substâncias lícitas e ilícitas não se justifica no conhecimento médico e se apoia na tradição e divulgação de ideias puramente preconceituosas e que culminaram na formulação de uma ideologia acerca do uso de substâncias psicoativas, como discutimos no item anterior. A condição de ilegalidade de algumas substâncias tem implicações econômicas, políticas, sociais e morais que colaboram com a construção de um imaginário social que determina a noção de “bem” e “mal” em relação aos psicoativos na nossa sociedade. Nos séculos XIX e XX, os psicoativos perdem seu caráter de “elemento magia” relacionados ao uso ritualístico para se tornarem um “elemento maldito” (MARTINS, 2011) e passam a ter seu consumo regular limitado às suas propriedades terapêuticas. Isso ocorre graças ao desenvolvimento da química, da indústria farmacêutica e da neurociência, que possibilitam o isolamento dos princípios ativos puros e a dosificação máxima e precisa de alguns psicoativos (CARNEIRO, 2018), limitando sua possibilidade de uso a apenas seu caráter medicinal e de uso controlado.

as abordagens sobre o uso de drogas – enquanto práxis teórica – são como todas as demais modalidades de práxis, saturadas de posições de valor que necessitam ser desveladas. Em primeiro lugar porque na sociedade capitalista os valores podem objetivar interesses de classes. Em segundo lugar porque as abordagens sobre o uso de drogas na atualidade se situam num quadro matizado pelos seguintes elementos: o caráter ilícito de várias drogas consumidas mundialmente não respondem a critérios exclusivamente de saúde, o quadro de instabilidade e de violência social que o narcotráfico representa tem contribuído para respostas conservadoras e autoritárias que pode incidir sobre determinadas práticas de saúde na perspectiva de moralização e de controle sob o comportamento dos segmentos sociais considerados “marginais”. (BRITES, 2006, p. 20)

A essa política, convencionou-se chamar de Proibicionismo, e tem como pressuposto a proibição da produção, o reforço do controle e do disciplinamento do comportamento dos indivíduos sociais em sua relação milenar com o uso de algumas substâncias psicoativas e seu significado cultural (BRITES, 2017). Cria-se um forte aparato militar e de controle social e econômico das práticas individuais, culturais e coletivas de alguns segmentos da sociedade. Esse controle social é motivado por um conjunto de fatores, dentre eles o puritanismo norte-americano que defende a abstinência, se colocando como movimento moral dedicado a uma

“guerra de cultura” que coloca abstinência, jejum e castidade como tripé da atitude cristã, uma busca da perfeição cristã por meio da contenção e da sobriedade (CARNEIRO, 2018) e o interesse da indústria farmacêutica pelo monopólio da produção de psicoativos.

O Proibicionismo é uma das expressões do conservadorismo, se expressa como uma ferramenta ideológica de manutenção dos padrões da sociabilidade burguesa, bem como de controle sobre hábitos e sobre o corpo do indivíduo, principalmente da classe trabalhadora. (Pinheiro, 2017)

A escolha de substâncias para serem combatidas não se determina pela questão de prejuízo à saúde pelo uso abusivo. Prova disso é o fato de termos o tabaco e o álcool como substâncias consideradas legais, as quais a sociedade cria estratégias de prevenção ao seu consumo. É o caso também de outras substâncias psicoativas, como o café, o açúcar e o chocolate, estimulantes com alto poder psicoativo que nem entram na pauta de substâncias psicoativas, não têm seu uso controlado e muitas vezes acontece inclusive um estímulo ao seu consumo⁵.

A decisão acerca de legalidade e ilegalidade de algumas substâncias decorre de um caráter moral e econômico, determinado pela disputa por hegemonia entre países desenvolvidos e tem como protagonista os EUA como formulador da política internacional e da ideologia acerca do tema. No início do século XX, havia nos EUA um fortalecimento do puritanismo e a perspectiva de um crescimento de sua liderança internacional, e a formulação de políticas de regulamentação e consolidação do Proibicionismo. No contexto interno desse país, há uma série de leis promulgadas com essa perspectiva de controle das substâncias psicoativas. Em 1906, a Lei sobre Alimentos e Drogas normatiza a intolerância em relação a determinadas substâncias. Em 1919, a Lei Seca proíbe a produção e o consumo de álcool. Ao proibir o comércio e o consumo de álcool, o governo do EUA potencializa o crime organizado e os usos abusivos de álcool pela população, demonstrando a irresolutividade de medidas como essa. Essa lei fracassa e é revogada em 1933. (BRITES, 2017)

A Conferência de Haia, em 1906, é a primeira tentativa de encontro entre países para abordagem da produção, circulação e uso de substâncias psicoativas, e são ampliadas gradativamente as medidas de controle e proibição dessas substâncias, fortalecendo a hegemonia dos EUA. Nessa época, o império chinês enfrentava graves problemas com o alto consumo de ópio e havia uma séria disputa econômica com a Inglaterra, a maior beneficiária desse comércio. A China pediu ajuda aos EUA para erradicação do ópio. O apelo tinha cunho

⁵Valeria aqui um estudo mais aprofundado sobre as determinações do proibicionismo de cada substância, estudo esse já feito por Escohotado (2000) e Carneiro (2018), os quais recomendamos a leitura.

moralista e visava o resgate dos bons costumes. Os EUA aceitaram ajudar, pois tinham o objetivo de enfraquecer o comércio inglês.

As negociações para a assinatura de um tratado internacional que ditava a regulação ou proibição do comércio dessas substâncias foram longas e demoradas. Em 1910, “o problema do ópio” se tornou um “problema das drogas”, e os EUA conseguiram fazer seus ideais impregnarem o mundo a partir da assinatura do Tratado da Conferência de Haia (1912). Nesse momento, inaugurou-se o controle internacional sobre substâncias psicoativas, cuja intervenção respondeu a interesses econômicos e políticos, “as drogas da 'toxicomania' definidas por convenções internacionais, a partir de 1912, foram, assim, relacionadas com a sociologia do crime, do desvio e da marginalidade” (CARNEIRO, 2018, p. 404). O consumo de psicoativos, a partir daí, se restringe a prescrições terapêuticas.

Para garantir que a proibição acontecesse a nível mundial era necessário lidar com outras nações que também tinham uma indústria rentável com a produção e venda de alguns psicoativos. A perspectiva era de proibição de opiáceos e alcaloides, que incluía a cocaína e a maconha na lista. Nos EUA, sentimentos racistas fomentaram a campanha contra o uso da cocaína, retratada como uma substância muito utilizada por negros, que os levaria a praticarem atos de violência contra a população branca (DOMANICO, 2006). A Alemanha, por exemplo, tinha uma próspera indústria farmacêutica para uso medicamentoso dessa substância sem, no entanto, registrar problemas com seu uso abusivo (EICHELBERGER, 2012). Amsterdã era um centro mundial de comércio de folhas de coca e resistiu, com a França, o máximo possível à implementação da Convenção de Haia. Apesar dessa resistência, muitos países assinaram o Tratado em 1912, que ampliava proibição para outras substâncias, mas só entrou em vigor em 1921, três anos após o fim da I Guerra Mundial, um momento no qual os EUA estavam em pleno avanço da economia e da tentativa de se estabelecer como liderança e hegemonia econômica e política mundial.

Em 1936, poucos anos após a quebra da Bolsa de Nova York, ocorrida em 1929, e momento de grande crise econômica e política que culminaria, alguns anos depois, na II Guerra Mundial (1939), a Conferência de Genebra intensifica a perspectiva punitivista e aumenta o caráter mais violento e severo das ações de controle ao comércio e produção de psicoativos, criando serviços policiais internacionais especializados. Na década de 1950, era crescente o uso de heroína entre negros e hispânicos nos EUA. Na década de 1960, o movimento hippie se colocava como um movimento mundial contra o capitalismo e a Guerra do Vietnã, estimulando uma cultura de paz e o autoconhecimento através do uso de psicoativos lisérgicos (LSD) e passa a ocorrer uso de substâncias psicoativas em escalas mais abrangentes, havendo pressão por

profissionais e acadêmicos da área jurídica e de saúde para o reconhecimento de medidas legais e de saúde que considerassem a dependência química como doença. Em 1961, a Convenção de Nova York lista e classifica substâncias psicoativas e inaugura preocupação com usuários e o uso indevido ou abusivo. (BRITES, 2017)

A Convenção de 1961 ocorre em plena Guerra Fria, período de grande disputa de projetos políticos entre o mundo socialista e mundo capitalista separados pelo muro de Berlim, fomentando uma competição que se convencionou chamar de “corrida” para o desenvolvimento social, tecnológico, armamentício e econômico. A Convenção de Nova York consolida o Proibicionismo como ideologia dominante do mundo capitalista, incluindo preocupação com a Saúde Mental, a moral da humanidade e faz a diferenciação entre uso e abuso de psicoativos, entre outras medidas. (ESCOHOTADO, 2000)

No início dos anos 1970 aparecem as primeiras campanhas tratando a cocaína como inimigo interno e a substância é transformada em ameaça à ordem estabelecida. Na conferência de 1972 ocorre a criminalização da produção e do uso de psicoativos sem finalidades médicas e a lista de substâncias proibidas é ampliada. A partir daí, o consumo de psicoativos passa por uma forte intervenção reguladora do Estado, com os EUA a frente, ditando os parâmetros desse controle e declarando formalmente a política proibicionista sob o nome de Guerra às Drogas. Nixon, que era o presidente norte-americano em 1971, declarou que as drogas eram os inimigos número 1 dos EUA. (MARTINS, 2011, p. 113)

As Conferências de 1972 e 1988 imprimem a lógica de guerra e militarização da questão do uso de psicoativos. Esse recrudescimento acontece como resposta aos movimentos de contracultura *hippies* das décadas de 1960 e 1970, que questionavam os valores consumistas e individualistas burgueses e incentivavam a liberdade sexual, o feminismo, a luta contra o racismo e contra as guerras, principalmente a dos EUA contra o Vietnã. Nesse período houve a popularização do uso de LSD e maconha entre a juventude de classe média, artistas e intelectuais. O aumento do uso de psicoativos e sua associação aos movimentos de contestação justifica a ideologia da Guerra às Drogas e a Conferência de 1988 amplia os mecanismos de repressão e combate à produção e circulação de psicoativos.

Inicia-se, então, uma verdadeira cruzada contra alguns psicoativos, cujo objetivo é erradicá-los da sociedade, apoiada na concepção metafísica de “um mundo sem drogas”. “o proibicionismo insiste em afirmar a possibilidade de um mundo sem drogas, negando assim as possibilidades históricas da relação dos indivíduos sociais com as substâncias psicoativas e a diversidade de usos em face do sistema de necessidades” (BRITES, 2017, p. 113). O processo de construção de um imaginário social fundamentado em uma crença de que alguns psicoativos

representam o mal da sociedade e devem, portanto, ser erradicados da face da terra por ameaçarem a existência humana em sociedade. As substâncias psicoativas passam a ser vistas como um “problema” que necessita de resposta rápida das autoridades públicas. A Guerra às Drogas trata do uso de psicoativos como um tabu, um mal absoluto que corrompe a juventude e os valores morais, nega mais uma vez as representações sociais e culturais e serve à coerção, criminalização da pobreza e militarização da vida social. (CFESS, 2016)

Esse momento, no contexto histórico-político, marcou o fim da Guerra Fria e a queda do Muro de Berlim (1989), o fim da divisão entre os mundos capitalista e socialista, configurando a “vitória” do capitalismo e a consolidação dos EUA como líder hegemônico, político e econômico do mundo ocidental. Havia, portanto, a necessidade de construção de um novo “inimigo público”, como uma forma de manter a indústria bélica e militar em franca produção, bem como a conservação da Cultura do Medo que, como já dissemos, alimenta toda uma lógica de produção e consumo não só de bens materiais como também da indústria cultural.

A cultura do medo deve muito à ideologia do proibicionismo, uma vez que alimenta a ideia de um inimigo que perturba a “ordem social e democrática” e deve ser eliminado. A construção da figura do “narcotraficante” como um sujeito ou uma organização criminosa que mantém relações com “comunistas” ou representantes de grupos religiosos islâmicos radicais intensifica a militarização da vida e o exercício do poder e da violência, fortalecendo a economia neoliberal através da intensificação de uma economia bélica. Portanto, a partir dos anos 1980 “utilizam o ‘combate às drogas’ como eixo central da política americana e passam a difundir termos como ‘narcoguerrilha’ e ‘narcoterrorismo’ numa clara simbiose de seus inimigos externos”. (BATISTA, 2003, p. 12).

A premissa da Guerra às Drogas é que a diminuição da oferta reduz a demanda e, sob esse paradigma, justificam-se ações cada vez mais repressivas. Estas, recaem aos países produtores das matérias primas usadas para a manufatura de alguns psicoativos e têm como consequência a formação de um aparato bélico e a intervenção em diversos países em desenvolvimento, sob a justificativa de combate à circulação e distribuição de substâncias ilícitas. A divisão entre países produtores e países consumidores reforça a ideia de que os responsáveis pelo consumo de psicoativos são os países produtores e, nesse sentido, as invasões militares àqueles cuja produção de algumas plantas que contêm substâncias psicoativas na sua cultura se justificam. Um bom exemplo foi a intervenção militar norte-americana no território da Colômbia sob o pretexto de combater o crime organizado associado à circulação e distribuição de substâncias ilícitas nas décadas de 1980 e 1990.

Essa guerra, na verdade, não é feita contra as “drogas”, pois não é possível o combate a substâncias. Essa guerra é contra pessoas. Teoricamente, essa guerra é travada contra os produtores, vendedores e consumidores dessas substâncias. Mas, na prática o que vemos é que a Guerra às Drogas, além de ter como base os interesses econômicos dos países desenvolvidos sobrepostos aos interesses da humanidade, o proibicionismo ainda tem como alvo o controle social de certos espaços e segmentos sociais, pois tanto a comercialização quanto consumo de psicoativos estão inseridos em uma realidade atravessada por desigualdades sociais. O verdadeiro propósito de proibição de algumas substâncias é o controle político, militar e social de determinadas minorias,

A questão das drogas implica também sua emergência como mercadoria que envolveu a proibição da produção, do comércio e do consumo de algumas substâncias psicoativas que foram tornadas ilícitas. Em consequência, as sociedades contemporâneas tem sido marcadas pela violência produzida pelo tráfico, cuja expressão mais nítida é a criminalização da pobreza, como se o território das drogas estivesse circunscrito nas áreas periféricas das grandes cidades e fosse consequência direta das condições de pauperização da classe trabalhadora na sociabilidade capitalista. (ALBUQUERQUE, 2016, p. 39)

O proibicionismo investe no punitivismo como solução dos ‘problemas sociais’, criando em torno do usuário e das substâncias “o paradigma do vício, da perda do controle, que acaba por constituir uma das matrizes da intervenção sobre o controle do corpo, da campanha contra as ‘drogas’” (EICHELBERGER, 2012, p. 24). Criam-se legislações ao redor do mundo e instituições repressoras que visam a combater a produção e circulação de substâncias psicoativas, mas nas quais, concretamente, se encarceram os pequenos vendedores e usuários dessas substâncias, havendo pouca ou nenhuma efetividade no combate ou repressão ao tráfico e comércio internacional de grandes quantidades dessas substâncias psicoativas. O combate ao “tráfico” mantém políticas homicidas e levianas cujo alvo é o varejo: as pequenas vendas realizadas nas áreas mais pauperizadas da cidade e o sujeito torna-se suspeito simplesmente por fazer parte de um determinado grupo social. (DEGASPERI, 2013)

Nessa perspectiva, o proibicionismo também acaba por legitimar que uso de psicoativos seja tratado como uma “questão de polícia”, um mal em si ou um problema individual, perspectiva que reforça e potencializa os efeitos sociais, a injustiça, o preconceito, a violência, a opressão e dá ênfase às penalidades criminais, ao invés de tratamento, reforçando a visão do usuário como “pessoa má”, relegando “à saúde coletiva atribuições menos prioritárias e subalternizadas no âmbito da assistência e da prevenção” (BRITES, 2015, p. 130). Em outras palavras, somente a proibição não protege nem trata a pessoa que usa substâncias psicoativas, apenas pune, como pretexto para a violência e o encarceramento da população mais vulnerável

e das classes sociais mais baixas, uma vez que o uso de substâncias psicoativas está associado ao racismo, à pobreza, ao crime, à violência e à insanidade (como dissemos, aprofundaremos essa discussão no próximo item deste ponto). O proibicionismo não foi capaz de eliminar a oferta de e a procura por psicoativos, ao contrário, contribuiu para a emergência e o crescimento do mercado ilícito internacional e sua direta associação com redes de corrupção, criminalidade e violência. (CFESS, 2016, p. 9)

Desde 1980, a política proibicionista tem sido questionada em suas formulações e resultados. Em 1998, o Reino Unido elabora estratégias de lidar com a questão do uso de psicoativos de forma integrada, com a Holanda, que desde a assinatura do Tratado da Conferência de Haia defendia a regulamentação internacional da produção, argumentando que o proibicionismo favorecia o comércio ilícito. A própria ONU admitiu que a abordagem repressiva apresenta sinais de esgotamento e que o modelo repressivo de combate ao uso de psicoativos comprovadamente falhou, colocando a Guerra às Drogas numa posição ineficaz, fora da realidade e seu fracasso é atribuído ao fato de ser baseado na abstinência. (BRITES, 2015)

Mesmo assim, alguns países como os EUA ainda se mostram refratários às políticas que priorizem outras formas de cuidado para com os usuários, bem como outro entendimento quanto a questão do uso de substâncias psicoativas na sociedade. Ainda prevalece uma ideologia de demonização de alguns psicoativos e seus usuários e a opinião pública, reforçada pela mídia, “apresenta argumentos que favorecem políticas de repressão em detrimento das políticas de prevenção, promoção de saúde e tratamento”. (Romanini & Roso, 2012, p. 92)

O proibicionismo, no Brasil, tem a função de intervir na questão social por meio do controle e da repressão às classes subalternizadas. As substâncias psicoativas ilícitas consolidam-se no cenário político e midiático como bode expiatório que desvia o olhar das expressões da questão social de maior profundidade e complexidade, reproduzindo uma lógica de atuação por parte do poder público, em que a política de redução de oferta, de restrição ou total proibição de acesso do usuário às substâncias psicoativas sem a devida problematização, contextualização, diálogo, ou tentativa de entendimento da perspectiva do usuário tende a se transformar em políticas autoritárias, de alto custo social e pouca eficácia.

O proibicionismo no Brasil tem servido para justificar atuações truculentas e letais por parte das forças repressivas do Estado, frequentemente dirigidas a determinados segmentos sociais e orientadas por claros recortes de classe e étnico-raciais. (BRITES, 2015, p. 128)

O Brasil apresenta uma característica singular no sistema de produção, circulação e consumo de psicoativos, pois é um país periférico que tem papel central: de consumir psicoativos e não do cultivo dessas substâncias, papel esse designado a países periféricos. Isso torna a Guerra às Drogas um assunto de segurança nacional e urbana e esta assume a forma de uma guerra entre ricos e pobres, onde usuários da classe média são tratados sob o paradigma médico e moradores das periferias sob o paradigma criminal. (BATISTA, 2003 p. 23)

No Brasil, o uso de substâncias foi tratado historicamente sob a perspectiva punitiva e disciplinadora das práticas sociais. A política pública relacionada ao uso de substâncias segue as diretrizes repressoras do proibicionismo e reproduz os estigmas que associam o uso e o comércio de psicoativos. As políticas sociais sobre o uso de psicoativos está ancorada no saber médico e se consolida como ciência oficial do Estado, associando características genéticas a “desvios morais” de determinadas minorias (CAMPOS, 2015; ALBUQUERQUE, 2016), responsabilizando os indivíduos pela situação de desigualdade social que vivencia em todas as suas relações, incluindo a relação com o uso de psicoativo.

[...] os agravos ao uso de psicoativos no Brasil são determinados pelas desigualdades sociais produzidas pela inserção de classe, pela insuficiente cobertura da Seguridade Social, com destaque para a atenção básica de saúde e das redes de atenção psicossocial e pela violência associada ao caráter ilícito de alguns psicoativos, aspectos que se relacionam com as determinações de classe, de gênero e étnico-raciais. Da mesma forma, danos sociais e de saúde só podem ser apreendidos por suas mediações com um sistema de necessidades sociais instituído pelo modo de produção capitalista. (BRITES, 2017, p. 132)

Para a sociedade brasileira, o uso de substâncias psicoativas passa a ser uma questão social a partir do século XX, e desde suas primeiras formulações já aparece como problema de saúde pública. O proibicionismo no Brasil tem a função de intervir na questão social por meio do controle e da repressão às classes subalternizadas. A primeira norma legislativa sobre psicoativos foi aprovada e publicada em 1921, quando “cria-se a figura jurídica do toxicômano e para corrigi-lo, o sanatório, cuja internação pode ser requerida por ele mesmo, pela família ou pelo juiz” (FIORE, 2005). Essa lei restringe o uso de ópio, morfina, heroína e cocaína no País. Em 1938 novos decretos foram implementados, ainda com a perspectiva repressiva. Em 1976, no contexto da ditadura militar, um novo decreto acentua medidas de repressão e indica atividades de prevenção ao uso de psicoativos. Naquele ano, a internação deixa de ser obrigatória e é substituída por tratamento. Centraliza-se as funções do Sistema Nacional de Fiscalização e Repressão de Entorpecentes por meio da criação do CONFEN (Conselho Federal de Entorpecentes), cuja direção é delegada a profissionais da área da saúde pelo Ministro da

Justiça e, em 1980, é extinta a obrigatoriedade de que a direção política fosse do diretor de saúde.

Essa mudança de lei se caracteriza como um avanço na medida em que não obriga o usuário a ser internado em um hospital penitenciário psiquiátrico caso seja pego pela polícia. Porém, constitui-se também em um retrocesso na medida em que retira os profissionais de saúde da formulação da política pública relacionada ao uso de substâncias, fortalecendo uma prática que entende o uso de substâncias como caso de polícia ou de segurança pública, sem distinguir entre aquele que produz e comercializa a substância e seu usuário.

Em 2006, entra em vigor a nova “lei de drogas” que prevê penas alternativas para posse/uso em relação à venda de substâncias, separando o usuário do traficante. Essa lei representa um avanço no campo da distinção entre uso e comércio de substâncias, mas que na prática não se consolida na ampliação de direitos ou na redução do estigma em torno do usuário, uma vez que fica a cabo do policial ou do delegado responsável pela prisão a determinação ou diferenciação da caracterização do indivíduo como usuário ou traficante. Em termos concretos, ao contrário do que se imaginava, aumenta o número de jovens da periferia presos por tráfico, fato esse diretamente ligado a preconceitos e estigmas que o corpo policial reproduz quanto a sua visão sobre a periferia e os jovens em seus possíveis usos recreativos. Vai-se criando, portanto, políticas repressoras que privilegiam aparatos policiais e superlotam o sistema carcerário.

Atualmente, é o Ministério da Justiça que cuida da pasta de formulação e regulamentação sobre psicoativos e o Ministério da Saúde elabora diretrizes políticas de tratamento e prevenção ao uso de psicoativos em consonância com a diretoria de prevenção e tratamento da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Em maio de 2019, o Congresso Nacional aprovou uma nova Lei Antidrogas, que endurece a política nacional de repressão, facilita internações involuntárias de usuários de substâncias psicoativas e fortalece as comunidades terapêuticas. Essa nova lei inclui as Comunidades terapêuticas no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas para receberem financiamento e isenção fiscal estabelecendo como meta a abstinência e deixando de lado políticas de redução de danos.

A regulação social do uso de substâncias psicoativas no Brasil acompanha a tendência internacional e se apropria do discurso médico para justificar o controle e a proibição dos psicoativos considerados “perigosos”, banindo seu uso lúdico do contexto social. Há a tentativa de justificar a repressão e o controle com base em evidências científicas, buscando uma conciliação (inconciliável) entre as necessidades da repressão e as necessidades da promoção à saúde. (BRITES, 2017, p. 137)

No contexto global, a Guerra às Drogas faz surgir rotas alternativas para a circulação e distribuição de substâncias psicoativas, colocando o Brasil na rota internacional do tráfico de cocaína (DOMANICO, 2006), e consequentemente, possibilitando maior acesso dos brasileiros a essa substância e seus derivados, havendo a necessidade de uma atenção das políticas públicas e de saúde para a questão do uso de psicoativos.

1.2. Saúde, psicoativos e Redução de Danos

1.2.1. SUS, Saúde Coletiva e Reforma Psiquiátrica

A história da Política Social de saúde é uma história marcada pelas lutas sociais e conquistas dos direitos da classe trabalhadora no Brasil e no mundo. A saúde passa a sofrer intervenção do Estado a partir do século XVII. Antes disso era a igreja que cuidava dos “desvalidos” (BRAVO, 2013). O deslocamento de camponeses para as grandes cidades, a concentração populacional nos centros urbanos e o desenvolvimento do capitalismo, propiciou a emergência de problemas sociais e de saúde que geraram mobilizações sociais na busca por ampliação de direitos da classe trabalhadora no que tange às condições de vida e de saúde. O capitalismo industrial e a concentração da população nas cidades deterioraram as condições de saúde da classe trabalhadora. Problemas de saúde decorrentes das precárias moradias, do excesso de lixo e da ausência de condições sanitárias nos bairros com grande concentração de proletariado fez emergir a noção de higiene pública e salubridade e a Reforma Política e Social na França identificam as condições da vida social como enfermidade. O agravamento de problemas de saúde da classe trabalhadora gerou movimentos de revoltas que ameaçavam a ordem constituída exigindo intervenção do Estado.

No início do século XVIII surge a Saúde Pública a partir de ações preventivas e educacionais, cujo intuito é orientar a classe trabalhadora e prepará-la para viver em grandes centros urbanos. Em meados do Século XIX, o Estado se transforma e a Política Social passa a ser elemento de mediação da relação Estado-Sociedade, uma vez que a saúde está relacionada com condições de vida e reprodução da vida social. As políticas de saúde, reivindicadas pela classe trabalhadora como responsabilidade do Estado, são um elemento de mediação entre burguesia e classe trabalhadora na luta de classes, pois, no capitalismo, o cuidado com a saúde está voltado para o aumento da produção e reposição da força de trabalho ao mercado. Foi no desenvolvimento do capitalismo que a saúde passou a dar importância para outros saberes além do médico, ampliando o conceito de saúde e entendendo que o bem-estar físico está associado

a outras questões além da biológica e trazendo luz à importância de outros saberes na promoção de saúde, como por exemplo o serviço social. Na primeira assembleia da Organização Mundial de Saúde, em 1948, cria-se o conceito de saúde que impulsiona atividades de ramos das disciplinas sociais e psicológicas. A saúde passa a ser entendida, para além de questões fisiológicas e biológicas, mas como um conjunto de práticas que promovam o bem estar e a qualidade de vida da população.

As políticas de saúde expressam a relação de forças sociais no nível das sociedades concretas, na medida em que há o conflito de classes e a luta por interesses antagônicos, o Estado formula, através por meio da Política Social, a produção de consensos através da concessão de alguns direitos sociais à classe trabalhadora. Nesse sentido, o Estado é um produtor da luta de classes, que incorpora demandas das classes subalternas (Bravo, 2013).

No caso do Brasil, tanto a consolidação do SUS quanto a Reforma Psiquiátrica, são a consolidação de políticas sociais de saúde pautadas na luta política e na reivindicação da classe trabalhadora pela garantia de direitos sociais por parte do Estado. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, é considerada um marco da Reforma Sanitária e da criação das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e culmina na sua consolidação na Constituição Federal de 1988. Nesse momento cria-se o Sistema Único de Saúde, que tem como diretriz a saúde integral, universal e gratuita para toda a população. Constrói-se uma estrutura descentralizada, e descentralizada e especializada de serviços de saúde, que tem como base a participação popular comunitária na formulação das políticas de saúde para a garantia de direitos. A partir desse momento, no Brasil, amplia-se o acesso do direito a saúde a toda classe trabalhadora e criam-se conselhos de participação popular social para a formulação e o gerenciamento da política e dos serviços de saúde.

A partir da perspectiva ontológica de leitura da realidade, e da compreensão da saúde como elemento da disputa da luta de classes, surge entre os pesquisadores da Saúde Pública o paradigma da Saúde Coletiva, uma concepção política de profissionais da saúde comprometidos com a transformação social. É entendida por alguns teóricos do campo da saúde pública como um campo científico que compreende a investigação das determinações sociais que incidem nos processos saúde-doença e que toma como objeto as necessidades sociais de saúde, buscando respostas também sociais. A saúde coletiva alimenta a práxis da intervenção no campo da saúde, ao invés de constituir-se em mera produção e incorporação de tecnologias.

A Reforma Psiquiátrica acontece no início dos anos 2000, a partir da organização de trabalhadores da saúde mental, usuários dos serviços e pesquisadores da área, que preconizam a construção de uma política de saúde mental pautada no cuidado em liberdade e na inserção

social dos usuários dos serviços de saúde mental. Tal Reforma é pautada na Luta Antimanicomial, que defende o fim dos manicômios e a garantia de direitos para a população que necessita de atendimento em saúde mental. A conquista de ampliação de direitos no campo da saúde e em particular na saúde mental, nos mostra que as frações da classe trabalhadora podem conquistar seus direitos sociais, entre eles o da saúde, dependendo de sua organização, ao ampliar o espaço democrático, mesmo estando fora do poder.

Quando falamos de uso de psicoativos e as questões de saúde, num contexto de Guerra às Drogas, há uma disputa de projetos políticos que determina a formulação de políticas públicas para usuários de psicoativos. Essas políticas, muitas vezes, são baseadas em paradigmas contraditórios no que diz respeito ao direito desses usuários, como veremos a seguir.

1.2.2 Proibicionismo, psicoativos e Saúde

A construção da política pública que instrumentaliza a sociedade capitalista para a Guerra às Drogas, tem, na saúde, uma de suas estruturas fundamentais. Ao considerar o psicoativo como um mal em si e seu usuário como objeto de intervenção estatal, cria-se o imaginário do usuário de substâncias como um doente, um dependente químico que necessita de um aparato médico-legal para que alcance a sua cura. O avanço na pesquisa científica farmacológica e o foco do estudo sobre uso de psicoativo no saber médico constrói toda uma estrutura de conhecimento e de possibilidades de intervenção em relação ao usuário que entende a substância utilizada como um mal a ser extirpado pelos aparatos de segurança pública e o meio social em que ele está inserido como sendo prejudicial e imutável, recaindo individualmente ao sujeito o diagnóstico de dependente químico e, portanto, a possibilidade de cura dessa doença, ignorando que muitos danos sociais e de saúde decorrem da violência e da criminalidade em torno das cenas de uso de substâncias psicoativas, e não necessariamente do seu uso. (BRITES, 2017)

Essa forma de entender a questão do uso abusivo de substâncias, traz como perspectiva de saúde, para esse indivíduo, o domínio de seus impulsos e o auto controle sobre suas atitudes, construindo uma idealização de que a solução para o problema do uso de substâncias está na busca pela abstinência. Nesse contexto,

os usuários de drogas carregam esse status de doença infecciosa, de uma subcultura socialmente contagiosa, e são alvos de propostas terroristas, tornando mais visíveis os mecanismos de controle do corpo que interditam, políticas de saúde adequadas e reafirmam constante exclusão social. (EICHELBERGER, 2012, p. 34)

Para se alcançar essa abstinência, é necessário o isolamento desse indivíduo em relação ao seu contexto social, em hospitais ou em comunidades terapêuticas, com o objetivo de fortalecê-lo para que ele se instrumentalize para vencer as dificuldades relacionadas ao contexto social em que está inserido. A abstinência torna-se um paradigma, no qual cria-se um aparato médico que proporcione ao indivíduo meios de alcançar essa meta. Constrói-se uma rede de instituições para garantir ao usuário de psicoativos o tratamento necessário para que alcance essa abstinência, como única meta a ser alcançada.

Nesse sentido, os usuários de substâncias psicoativas ilícitas viram tornam-se objeto de consumo de políticas públicas. Cria-se todo um aparato de hospitais e comunidades terapêuticas voltados para o tratamento do usuário com vistas em a atingir a abstinência. Esse aparato acaba tornando-se uma indústria da abstinência, uma vez que os recursos financeiros montante de dinheiro que é movimentado e repassado para as entidades que administram esses hospitais e essas comunidades terapêuticas atinge valores colossais. Nessa perspectiva, o atendimento ao usuário por parte dessas entidades acaba por priorizar o caráter econômico de aumentar o número de atendimentos e internações em detrimento da qualidade do atendimento e da construção de metas que realmente beneficiem esse usuário.

A busca pela abstinência desconsidera que os danos sociais e de saúde relacionados ao uso de psicoativos resultam de um quadro mais amplo de violação de direitos (BRITES, 2017). Com isso, temos a interferência de outros valores que não estão ligados à questão de saúde influenciando na formulação de políticas públicas para usuários de psicoativos. Constrói-se o mito de que substâncias são consideradas ilegais devido ao seu risco à saúde e desconsidera padrões de uso, contextos de uso, condições sociais e de saúde e social dos usuários e a autonomia do indivíduo é apregoada e induzida no âmbito do consumo., Mas, esta liberdade é freada no que diz respeito à livre gestão destes indivíduos sobre seus corpos, na medida e que se busca interditar o acesso a algumas substâncias psicoativas, tornadas ilícitas com a justificativa de se garantir a saúde pública.

As diversidades de usos, as relações lúdicas e não problemáticas com as substância psicoativas são esfumaçadas e tal perspectiva gera respostas aprisionadas ao imediatismo aparente, contribuindo para a criação de mitos, preconceitos e generalizações que contradizem a realidades, servindo mais aos interesses de controle social do que às necessidades de saúde que reivindicam para se legitimar. (BRITES, 2015, p. 126)

A perspectiva de isolamento social, através de internações em hospitais psiquiátricos ou em comunidades terapêuticas, como única alternativa para se chegar à abstinência é entendida por nós como uma estratégia de encarceramento da população usuária de psicoativos, pois pelo

pressuposto de operar normas de saúde que não se adequam ao contexto dos territórios e às diferenças presentes nos mesmos, isolam esses indivíduos do convívio social e os responsabilizam por esse isolamento. (MARTINS, 2015)

A abstinência, pautada na ideologia proibicionista, torna-se incompatível com propostas de política pública de saúde que sejam democráticas e levem em consideração não apenas as especificidades de cada indivíduo social, como também as relações de classe e determinações sociais que interferem nas diferentes possibilidades de usos de psicoativos.

O domínio ideológico do proibicionismo no âmbito da política de drogas constrange as potencialidades da perspectiva da saúde coletiva, especialmente porque esta última supõe o enfrentamento das determinações socioculturais, econômicas e políticas que incidem sobre o processo saúde-doença. (BRITES, 2015, p. 130)

Na medida em que entendemos o uso abusivo de substâncias como uma expressão da questão social e levamos em conta a multiplicidade de fatores que determinam a situação social e de saúde de um sujeito que usa abusivamente substâncias psicoativas, reconhecemos que o paradigma de saúde coletiva coloca-se como possibilidade de intervenção na realidade e de garantia de direitos, pois inaugura a concepção de saúde como resultado de determinações sociais, reconhecendo o processo saúde-doença como um processo social determinado pelas particularidades do estágio do desenvolvimento do ser social, carregado de contradições de classe. (BRITES, 2017, p. 130)

Apoiada no marxismo, a saúde coletiva está comprometida com a construção de um conhecimento que almeja a identificação e a transformação das raízes do processo saúde-doença. (SOARES, 2007, p. 39)

No caso do uso de psicoativos, a saúde coletiva considera as determinações de classe, raça e gênero, e a profunda desigualdade existente na realidade para refletir sobre os potenciais danos sociais e de saúde relacionados ao uso de psicoativos. (BRITES, 2017)

É necessário, portanto, que se criem alternativas para o cuidado com usuários de substâncias psicoativas, que superem a lógica da violência e da criminalização dos mesmos, trazendo luz à construção de programas que reconheçam os direitos dos usuários e da necessidade de uma visão mais ampla, que leve em consideração que a posição dos sujeitos na estrutura social de classes se mostra decisiva para delinear práticas de ingestão mais seguras e trajetórias individuais menos problemáticas.

No caso do Brasil, e mais especificamente na abrangência desse estudo, temos uma situação de extrema pobreza associada ao uso de crack, porém, classificar todos os usuários da Cracolândia como dependentes químicos é usar critérios da ordem social (situação de rua, por exemplo) para classificação médica que leva moradores de rua e usuários de substâncias

psicoativas ilícitas a serem identificados como vítimas, incapazes de produzir e sustentar uma reação para alterar sua condição, portanto, “necessitam de um porta-voz que decida e pense por eles”. (MEDEIROS, 2015, p. 57)

Sob essa perspectiva, a classe trabalhadora mais pauperizada se relaciona com o uso de substâncias psicoativas de uma maneira diferente das classes médias ou da burguesia, uma vez que sua condição de exploração e condições de vida traz outras determinações sociais que interferem sob na possibilidade de uso abusivo de substâncias ilícitas. Sabemos, portanto, que a questão da criminalidade associada ao uso de drogas não é uma questão moral ou de saúde, e sim uma questão social e política, onde as populações que estão à margem do sistema acabam por sofrer consequências mais drásticas dessa relação entre capitalismo e uso de substâncias.

Cabe aqui ressaltar que, apesar de não termos dados relacionados à população de maior poder aquisitivo e uso abusivo de crack, isso não significa que essa realidade não exista. Não queremos aqui determinar que o uso abusivo de crack se dá exclusivamente devido a situação de pobreza. O uso abusivo de crack também acontece por pessoas com melhores condições financeiras. Porém, devido ao fato dessas pessoas contarem com recursos próprios para buscar atendimento em outros serviços que não estão ligados ao SUS, a política pública e até mesmo as pesquisas acadêmicas voltadas para o uso de psicoativos acabam por não conseguir acessar os dados referentes a essa camada da população.

No caso do crack, há todo um imaginário social construído em torno do seu usuário que legitima o uso da força repressiva e a falta de respeito à autonomia desse indivíduo, imaginário esse construído com o intuito de reforçar a política de guerra às drogas como a única capaz de salvar a sociedade brasileira desse mal.

1.2.3. A Redução de Danos

A Redução de Danos (RD) surgiu na Europa, mais especificamente em Liverpool, Inglaterra, como estratégia para tratamento aos usuários de heroína, em 1920. No relatório de Rolleston, médicos indicavam uso de morfina e uso assistido da própria heroína para lidar com a abstinência daqueles usuários que não conseguiam parar o uso de uma hora para outra.

Como já dissemos, é com o desenvolvimento do capitalismo no contexto pós-guerras, a partir da década de 1970, que observamos um aumento considerável na produção e no consumo de substâncias psicoativas nas sociedades contemporâneas e a configuração desse uso como um problema de saúde pública (BRITES, 2006). Na década de 1980, com a epidemia de hepatites virais entre usuários de psicoativos injetáveis, um grupo de usuários em Amsterdã, se organiza

e reivindica qualidade de vida e acesso à saúde a essa população, independentemente do uso de substâncias psicoativas. A primeira ação foi a troca de seringas, como uma forma não apenas de garantir o acesso a material esterilizado para usuários de substâncias injetáveis, mas também a retirada de seringas já utilizadas da circulação e das cenas de uso. A Redução de Danos propõe ações que interfiram na relação entre o uso de substâncias e o auto cuidado, sem que seja necessária a abstinência.

Na medida em que as estratégias de Redução de Danos contribuíam também para a prevenção da contaminação infecção por HIV e foi-se comprovando sua efetividade, os programas de prevenção do HIV ao longo do mundo foram incorporando a redução de danos em suas políticas de saúde para usuários de psicoativos, num primeiro momento através do financiamento de organizações sociais que defendiam os direitos à saúde dessa população e, posteriormente, através da implantação de políticas públicas pautadas na redução de danos. O sucesso dessas estratégias, bem como a mudança no perfil dos usuários de psicoativos no mundo e no Brasil, fez com que profissionais das áreas da saúde voltadas para usuários de psicoativos incorporassem a redução de danos em seu cotidiano de trabalho com usuários de substâncias ilícitas.

A Redução de Danos era considerada (e de alguma forma continua sendo entendida assim até hoje por alguns teóricos e profissionais da área da saúde ou dos estudos sobre usos de psicoativos) como uma estratégia de cuidado, não entrando em confronto com a busca pela abstinência ou a visão proibicionista. Cabe ressaltar que essa visão da Redução de Danos como estratégia de promoção à saúde e prevenção de doenças é uma visão pragmática que reduz suas possibilidades de intervenção crítica sobre a realidade dos usuários de psicoativos e impossibilita a superação dos processos de estigmatização da compreensão acerca dos usos de psicoativos na realidade social capitalista.

Na perspectiva internacional, a maior parte dos países europeus tem sua política para uso de psicoativos pautada na estratégia da redução de danos, envolvendo saúde, assistência, habitação, renda e trabalho, cultura e segurança pública. É importante dizer que, apesar de muitos países formularem suas políticas públicas pautadas na redução de danos, nenhum deles se coloca contra as Convenções Internacionais que determinam a ilegalidade de algumas substâncias psicoativas. Ou seja, apesar de formular políticas sociais voltadas para o cuidado do usuário de psicoativos, todos os países ainda formulam políticas de segurança pública pautadas na Guerra às Drogas e no proibicionismo, e políticas de cuidado com usuário de substâncias voltadas à compreensão do uso abusivo ou dependência química como doença, ignorando ou deixando em segundo plano as determinações sociais que interferem no uso

abusivo ou não de algumas substâncias psicoativas. Apesar disso, há a criação de um aparato estatal que entende a pessoa que usa substâncias psicoativas de maneira diferenciada em relação aos que entram em conflito com a lei por comercializar essa mercadoria, sem romper, no entanto, com o horizonte da construção de um mundo sem “drogas”.

Na Holanda, por exemplo, no sistema penitenciário, a penalidade para pessoas que entram em conflito com a lei por causa do uso abusivo de substâncias é diferenciada em relação a outros crimes. No primeiro caso, o indivíduo tem uma pena de curta duração em um presídio de segurança mínima e, durante seu período de encarceramento, recebe tratamento médico, psicológico e de assistência social para poder lidar melhor com a questão da vulnerabilidade que associa o uso de substâncias à criminalidade. Esse é só um exemplo de toda uma política voltada para a abordagem do uso de substâncias psicoativas que levem em conta a autonomia do sujeito de escolher usar ou não psicoativos, cabendo ao Estado prover condições seguras para esse uso, não só em termos legais, mas em aspetos de saúde e cidadania. Ainda assim, a redução de danos no contexto proibicionista fica reduzida a um conjunto de ações que colocam o uso abusivo de substâncias como um processo de “doença” deslocado das determinações sociais que colocam indivíduos sociais em diferentes condições frente as possibilidades de usos mais saudáveis de substâncias psicoativas.

Nessa perspectiva de garantia de direitos às pessoas que usam psicoativos, vários países da Europa contam com salas de uso para múltiplos psicoativos, entendendo que aquele indivíduo que não tem um local seguro e particular para usar sua substância de escolha tem o direito ao acesso a um lugar seguro, protegido e reservado para o uso recreativo de psicoativos. Há também programas de testagem de substâncias, que geram alertas nas redes sociais quanto a determinados tipos de psicoativos em circulação no mercado, seu nível de pureza e os riscos à saúde que altas doses podem gerar. Todos esses programas levam em conta ações interdisciplinares, não relegando a redução de danos apenas ao campo da prevenção de doenças, mas pensando o indivíduo em sua integralidade⁶.

A Organização Mundial de Saúde legitima essa estratégia, pois entende que a redução de danos diminui a infecção por HIV sem evidências sobre o aumento no uso de substâncias, além de ser mais efetiva no tratamento ao uso abusivo de psicoativos (ONU, 2000). Trata-se de

⁶Não cabe aqui nos aprofundar sobre as políticas de álcool e outras drogas nem as políticas de redução de danos em países europeus, mas gostaríamos de deixar registrada nossa intenção de, num momento futuro, realizar pesquisa acadêmica de comparação entre programas de redução de danos da Holanda, da França, da Espanha e do Brasil, uma vez que já tivemos oportunidade de conhecer os serviços de Amsterdã e Paris, mas temos curiosidade de imergir nessa pesquisa de campo nesses três países europeus no sentido de pensar alternativas para a política pública brasileira.

uma estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de substâncias lícitas e ilícitas, resgata para o usuário o seu papel autorregulador, sem a preconização da imediata abstinência e incentiva a mobilização social (SERRANO; SECCHI, 2007), caracterizando-se como uma estratégia de baixa exigência.

Apesar de todo reconhecimento da efetividade de programas fundamentados na Redução de Danos ao redor do mundo, alguns países, como os EUA e o Brasil, ainda são refratários à implantação dessas políticas em seus territórios, mantendo-se fundamentados em políticas públicas que fortaleçam a Guerra às Drogas e a busca pela abstinência de todos os usuários de psicoativos.

A RD encontra resistência nos EUA, pois programas de trocas de seringas entre UDI nos EUA são desenvolvidos pela iniciativa de grupos privados que não recebem nenhum apoio do governo, ao contrário, são limitados pela falta de financiamento e pela forte oposição da opinião pública e governamental. (BRITES, 2006, p.81)

1.2.4. O paradigma da Redução de Danos

Entendemos que as formulações acerca da redução de danos vão se transformando ao longo do tempo na medida em que há um deslocamento da RD da Política Pública de prevenção ao HIV para a Saúde Mental. No interior da RD e em suas concepções teóricas encontramos diversidade de concepções. Nos últimos 20 anos, as abordagens teóricas sobre psicoativos se tornaram mais complexas; ampliaram e incorporaram diversas áreas de conhecimento como direito, antropologia e sociologia, extrapolando os limites do conhecimento médico-psiquiátrico, sem, no entanto, uma ruptura com o caráter hegemônico da psiquiatria no campo da prevenção e do tratamento de dependência de psicoativos. Isso quer dizer que, na medida em que a compreensão acerca do uso de substâncias for médico-centrada e o uso abusivo for entendido como doença ou “dependência química”, as determinações sociais que influenciam na relação entre o indivíduo social e a substância psicoativa serão ignorados ou colocados em segundo plano, aumentando a estigmatização e a individualização da responsabilidade em construção de outras respostas para essa questão e ignorando que o uso abusivo de psicoativos é também, como já dissemos, uma expressão da questão social.

[...] uso de psicoativos e as respostas sociais e de saúde se constituem como complexos mediadores entre os indivíduos e a sociedade. Uma perspectiva ontológica de análise sobre essa realidade pode contribuir para a apreensão dos fundamentos de tais mediações e para a orientação de respostas mais críticas e conscientes frente às contradições e desigualdades engendradas pelo modo de produção capitalista e que colocam limites objetivos para o processo de desenvolvimento do ser social. (BRITES, 2006, p. 18)

A Redução de Danos surge e se estabelece na política pública brasileira como uma estratégia de prevenção ao HIV e de uso abusivo de substâncias psicoativas. Institui-se como resposta pragmática, constrói ações de prevenção às IST, hepatites virais e tuberculose. Ao longo do tempo, alguns teóricos e profissionais das áreas de saúde e ciências sociais vão compreendendo que a valorização do pragmatismo da RD a coloca em posição de adequação frente à ideologia do proibicionismo, ideologia esta antagônica à sua raiz, que é a construção de práticas democráticas, menos moralistas e menos repressoras do uso de substâncias psicoativas. (BRITES, 2017)

As ações dos Programas de Redução de Danos voltadas para a prevenção das IST visam a redução dos riscos e danos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, incentivando o protagonismo e a organização dos usuários, reconhecendo cada usuário em sua singularidade e traçando com ele estratégias para promover a saúde e garantir seus direitos enquanto cidadãos. Por estratégia, entendemos um conjunto de ações concretas que levam os sujeitos a refletir sobre suas práticas sociais no uso de substâncias psicoativas e a construírem comportamentos de prática de autocuidado e promoção à saúde. Esse conjunto de ações concretas pode ser a distribuição de insumos (seringas, piteiras, protetor labial, informativos) e também a construção de vínculo de maneira a refletir possibilidades mais saudáveis do uso de substâncias, levar informações de saúde etc.

É preciso estar atento quanto a reflexão sobre a prática dessas ações, pois “restringir a redução de danos a um conjunto pragmático de estratégias que visam minimizar os danos causados pelo uso de diferentes drogas, sem exigir abstinência, pode significar uma tendência à instrumentalização” (DOMANICO, 2006), que transformaria a prática numa mera distribuição de insumos, esvaziando sua dimensão política num contexto de luta por direitos humanos e cidadania, bem como a perspectiva de superação do pensamento proibicionista de guerra a algumas substâncias psicoativas consideradas ilícitas.

A redução de danos, ao constituir-se apenas como estratégia de prevenção perde sua capacidade de fazer uma leitura crítica e construir formas mais democráticas de intervenção acerca da realidade social dos usuários de substâncias psicoativas, uma vez que:

não há prevenção neutra, toda intervenção está orientada por racionalidades que envolvem valores, e criam necessariamente campos de tensionamento, contradições e conflitos. A racionalidade que orienta explicitamente uma prática preventiva define os objetivos a serem alcançados e a racionalidade implícita, velada, define a ética das ações idealizadas (BUCHER, 2010, *apud* VALÉRIO, PEDROSO & GARCIA, 2015, p. 115).

Apesar dos programas de governo considerarem a RD apenas como uma estratégia, quando falamos de prevenção não podemos isolar a estratégia dos valores éticos e morais que a fundamentam, que concretizam uma visão de mundo e uma concepção acerca da relação dos indivíduos sociais com as substâncias psicoativas.

Em 2005, com a consolidação da Reforma Psiquiátrica e a necessidade de concretização de uma rede comunitária de cuidados, o Ministério da Saúde reconhece a Redução de Danos e cada usuário em sua singularidade, traçando estratégias voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas pela defesa de sua vida (BRASIL, 2004, p. 10).

O processo de ampliação e definição da redução de danos como um novo paradigma ético, clínico e político para a política pública brasileira de álcool e outras drogas implicou num processo de enfrentamento e embates com as políticas antidrogas que tiveram suas bases fundadas no período ditatorial (PASSOS e PAULA SOUZA, 2011, p. 72).

Cria-se uma disputa no campo ideológico, científico e da política pública entre dois modelos de tratamento: abstinência e redução de danos. Ainda aqui, a redução de danos prevalece, no campo da política pública, com sua característica pragmática. Enquanto a redução de danos dialogar e for implementada numa lógica proibicionista, ela se reduz a uma série de ferramentas de atuação para prevenção que não permitem uma leitura crítica da realidade social acerca do uso de psicoativos. Nas palavras de Brites, (2017, p. 172) “a superação do pragmatismo atribuído às abordagens de RD supõe uma crítica ontológica do cotidiano e a inscrição da redução de danos no campo da saúde coletiva”.

Nesse contexto, defendemos que a redução de danos se consolide como um paradigma de saúde coletiva (TERRA e ZINGARI, 2004) que reconhece essa milenar história de uso de psicoativos e atua junto ao interesse do usuário, mobilizando uma política de cuidado mais humanitária na qual a assistência se ocupa de minimizar os danos provocados pelo consumo exagerado de substâncias psicoativas; um paradigma que incentiva o protagonismo de pessoas que usam psicoativos, na busca pelo cuidado de si e manejo de seu uso.

No conceito de redução de danos está presente a noção de que deve ser levado em conta o conhecimento do usuário de psicoativos para revelar outros modos de uso, principalmente de uso moderado. Estamos falando da construção de um saber sobre as formas mais seguras de uso de psicoativos que empodera o usuário como detentor de um conhecimento a ser transmitido não só para os profissionais que o acompanham, mas também na construção da sua rede de afetos, pois os usuários regulam seu uso de substâncias através de processos baseados na aprendizagem social com seus pares; o aprendizado de como utilizar a substância buscando evitar os efeitos adversos se dá pela percepção corporal e pela observação das práticas utilizadas

pelo grupo. Existe um conhecimento adquirido pelos usuários de psicoativos que é entendido como ‘cultura da droga’ à medida que se conhece a melhor dosagem para obter os efeitos desejados, como se evitar os efeitos indesejados, qual a melhor via de administração, qual o melhor local para usá-la e com quem (SILVA, 2000), e o conhecimento de usuários com uso não problemático aponta novos direcionamentos na educação e na prevenção.

Para que haja efetivamente uma quebra na hierarquia de saberes e o usuário possa ser acessado pelos serviços de saúde numa lógica de empoderamento de seus saberes, é necessário não só que os locais de atendimento a esse usuário estejam abertos e organizados de maneira que o usuário se sinta acolhido e respeitado (com baixa exigência em relação às condições para o atendimento do mesmo). É necessário também que a política pública se faça presente no território onde esse usuário circula, para que conheça sua realidade e desfaça os muros e limites colocados entre a realidade do serviço e a realidade do usuário em seu contexto social. Nesse sentido, a RD faz emergir ênfase no trabalho de campo, na cooperatividade dos territórios que intermedia o cuidado em saúde mobilizando a participação social.

Nasce aqui a figura do redutor de danos, num primeiro momento como militante dos direitos humanos dos usuários de psicoativos e, posteriormente, como um agente do Estado que se insere nas cenas de uso de psicoativos com o intuito de aproximar o poder público do usuário de psicoativos e levar a ele, no seu contexto social, informações sobre saúde, bem como absorver conhecimento acerca da realidade do mesmo com o intuito de formular estratégias de ação menos hierarquizadas entre o serviço de saúde e a população que este visa a atender.

O paradigma de redução de danos, para ser efetivo em sua realidade concreta, requer o estabelecimento de vínculo entre o redutor de danos e o usuário, para que o redutor apreenda especificidades do uso de cada psicoativo antes de elaborar e promover formas mais seguras de consumo (DOMANICO, 2006), pensando com o usuário formas alternativas de uso de determinadas substâncias de maneira que promova o autocuidado.

As determinações sociais que definem a relação que o sujeito estabelece com os psicoativos não recaem exclusivamente sob o indivíduo, sendo esta relação atravessada por fatores biopsicossociais. Focar a atenção e as estratégias de cuidado unicamente na subjetividade é cometer um erro teórico e metodológico que desconsidera as características da substância psicoativa utilizada, bem como o contexto social em que esse uso é realizado. O perigo que se corre ao enfatizar mais os elementos fisiológicos é que outros componentes como aspectos econômicos, sociais e culturais, também importantes na compreensão do campo de uso de psicoativos, são esquecidos ou pouco valorizados. Se faz necessário que as estratégias de redução de danos centrem-se no debate, na proposição e na reformulação de questões éticas,

médicas, legais e práticas sem perder de vista a direção propriamente política e pública da questão, uma vez que o conceito de redução de danos é reduzir e minimizar danos, não só de saúde, mas agravos que podem ser de ordem social dos usuários de psicoativos, sem exigir sua abstinência.

Se não fizermos uma leitura crítica da realidade, levando em conta as determinações materiais de classe, gênero e raça que colocam determinados sujeitos em posição de desigualdade social – posição essa que não é determinada pelo uso de substâncias psicoativas e sim por uma realidade material que implica em subalternização da classe trabalhadora e submissão de determinados indivíduos a situação de extrema pobreza e de violação de direitos sociais – corremos o risco de reduzir a redução de danos à captura dos indivíduos através do disciplinamento e controle em decorrência das tecnologias de normalização e de segurança, não rompendo com a barreira biopolítica, pois mantemos a racionalidade amparada em normalização e controle e reiteramos o controle e o governo sob a conduta dos usuários na condição de vigiados e também vigilantes dos demais consumidores.

Nesse ponto, podemos afirmar que definir a redução de danos implica em assumir um posicionamento a respeito da questão dos psicoativos como um todo, “em um movimento que se estabelece na política com drogas e não antidrogas” (ARRUDA, 2014, p. 62), no qual a redução de danos, mais do que uma política sanitária, é uma prática antiproibicionista e uma política abolicionista que potencializa a luta pela liberação do uso de psicoativos, lidando em cima das fronteiras e inventando espaços de relacionamento e liberdades.

Fazer RD não é só trabalhar com os indivíduos, é também transformar a sociedade – há um tipo de militância nas nossas práticas quando entendemos que o problema do sofrimento de quem consome drogas não está somente no indivíduo, mas na forma como a sociedade se organiza, como ele é percebido e quais as possibilidades que existem concretamente. (COSTA, 2017, p. 147)

Nosso estudo tem como objeto a redução de danos na perspectiva de leitura da realidade de usuários de crack do centro de São Paulo. Nesse sentido, faz-se necessário explicitar um pouco como esse paradigma vem sendo consolidado em estratégias específicas para o uso dessa substância psicoativa.

1.3 A Luz, o crack e a Craco

1.3.1 A Luz

O território da Luz e da Santa Ifigênia é marcado por uma história de intervenção do Estado com objetivos que se modificam a cada gestão. A região é, desde seu surgimento, marcada por um processo de desigualdade social. O Parque da Luz foi o primeiro espaço de convivência da burguesia paulistana, o primeiro espaço onde artistas e intelectuais se reuniam com a alta classe da sociedade paulistana em feiras livres ao redor do que era conhecido como o Jardim Botânico da Luz, local preferido de passeio dos Barões do café, que construíram suas mansões e palacetes no Bairro dos Campos Elísios. O bairro dos Campos Elísios foi o primeiro loteamento da cidade de São Paulo. A companhia CIA City (uma companhia inglesa responsável pela construção das ferrovias, e posteriormente a responsável pela empresa de Energia Elétrica Light, bem como pelos loteamentos dos bairros de Higienópolis, Paulista e City Lapa City) comprou a região, loteou e vendeu aos barões do café, que construíram suas mansões e palacetes ali devido à proximidade da Estação da Luz, que fazia o transporte de pessoas e de produtos vindos de Jundiaí (interior de São Paulo, região conhecida pela alta concentração de fazendas produtoras de café) para São Paulo e da Capital para o Porto de Santos (principal porto responsável pela exportação de café, bem como de outros produtos manufaturados produzidos no Brasil). Ao mesmo tempo, a região do Bom Retiro, do outro lado do Parque da Luz, se consolidou como um bairro operário, com casas menores e de baixo custo que abrigavam migrantes e imigrantes que chegavam a São Paulo seja para irem para trabalhar nas fazendas de café, seja para trabalhar na construção dessa cidade que crescia em uma velocidade alucinante. (FILHO, 2013)

Com a crise de 1929 na bolsa de valores norte-americana e o declínio e desvalorização do café, os donos dos casarões dos Campos Elísios viveram um empobrecimento que refletiu no bairro onde moravam. Além disso, a industrialização e o grande crescimento da indústria automobilística mudou a dinâmica de circulação da cidade, fazendo com que a ferrovia sofresse uma falta de investimentos e desvalorização. A partir daí, a burguesia se deslocou para bairros como Higienópolis, os grandes bancos e escritórios saíram do que ficou posteriormente conhecido como “Centro Velho” (região da República e Praça da Sé) para a Avenida Paulista, e o meio de transporte mais utilizado pela burguesia da cidade passou a ser o automóvel. Nesse período, houve um esvaziamento e empobrecimento da região dos Campos Elísios. Seus casarões, outrora símbolo de status e riqueza da burguesia paulistana, começaram a se deteriorar e passaram a ser moradias de baixo custo, transformando-se em pensões e hotéis baratos. E a linha ferroviária passou a servir exclusivamente à classe trabalhadora como meio de transporte dos bairros periféricos para o Centro de São Paulo. A decadência da Luz, portanto, está associada ao declínio da ferrovia no Brasil.

A decadência pode ser caracterizada por uma perda na dinâmica da reprodução do capital. Porém, essa mudança pode ser condição e oportunidade para reprodução de uma dinâmica econômica de menor porte, assim como a instalação de uma população pobre próxima ao centro. (CALIL, 2015, p. 25)

A partir da década de 1940, a região da Luz tem sido construída e consolidada como um lugar que abriga as classes mais pobres e marginalizadas da sociedade paulistana. Na década de 1930, a região do Bom Retiro era considerada, segundo lei municipal, a zona de prostituição da cidade. Ao revogarem essa lei, em 1940, as profissionais do sexo que ali residiam migraram para as pensões dos Campos Elísios e consolidaram seu campo de trabalho no Parque da Luz, lugar conhecido até hoje pelo forte movimento de trabalhadoras do sexo que ali frequentam. Na década de 1960, devido a alta concentração de estúdios de filmagem das “porno-chanchadas”, bem como concentração de pessoas em conflito com a lei que ali viviam, essa região ficou conhecida como a “Boca do Lixo”, consolidando no bairro a fama de ser um lugar frequentado por pessoas que vivem à margem da sociedade, por “bandidos” e pessoas perigosas. (JOANILDES, 2003)

A construção da Rodoviária Municipal em frente à Estação Júlio Prestes, em 1960, também muda as características do bairro, fazendo com que seu entorno fosse ocupado por hotéis de baixo custo, pensões onde moravam profissionais do sexo, pessoas que faziam uso de psicoativos e pessoas com baixo poder aquisitivo que estavam de passagem pela cidade.

A construção do projeto viário da região central da cidade de São Paulo: Elevado Costa e Silva (atualmente Elevado João Goulart), Avenida do Estado, Avenida Tiradentes, entre outras, a transferência da rodoviária municipal da Praça Júlio Prestes para a região Norte da cidade, próxima à Marginal Tietê, na década de 1980, e a transferência da sede do Governo Estadual do Palácio Campos Elísios para o Palácio dos Bandeirantes, na região do Morumbi, transforma a região da Luz em um lugar invisível e de pouca circulação de automóveis. Essa mudança também traz um empobrecimento ao bairro, pois o fluxo de pessoas que existia havia com a presença da rodoviária se esvai e deixa o território cheio de hotéis baratos e desertos, tornando-se uma região atrativa para o estabelecimento do comércio de substâncias psicoativas ilícitas, o estabelecimento de moradias e circulação de pessoas que usam essas substâncias e profissionais do sexo trabalhadoras da região, além da concentração de comércios informais, moradias precarizadas e população de rua. (MEZA, 2007)

Esse processo de desvalorização da região da Luz e a consolidação deste território como sendo um lugar perigoso conta com a responsabilidade do Estado, que por quase duas décadas deixou de fazer investimentos na área, deixando os prédios públicos e casarões abandonados se

deteriorarem, pois “o território deve muito de sua degradação e abandono ao descaso do poder público e com tentativas frustradas de revitalização” (MENEZES, 2016, p. 26). Após esse longo período de ausência do Estado, a gestão pública Estadual e Municipal voltam seus olhos para a região. A partir da década de 1980, a região da Luz é palco de um grande projeto de revitalização chamado “Nova Luz”, cujo objetivo é transformar aquela região em um pólo cultural comparável ao das grandes cidades dos países desenvolvidos (diziam que a Luz seria a Broadway paulistana). A reforma da Estação da Luz, a construção da Sala São Paulo (1990), a reforma da Pinacoteca de São Paulo (1998), a Construção do Museu da Língua Portuguesa (2004) e, construção do SESC Bom Retiro, a revitalização do casarão que sedia atualmente o Museu da Energia, a instituição da Escola de Música do Estado de São Paulo (EMESP) e o projeto urbanístico de construção de uma escola de dança e um teatro no terreno da antiga rodoviária são algumas das iniciativas financiadas pelo governo estadual em parceria com algumas empresas privadas para revitalização daquela área e a construção de um espaço de grande vida cultural no centro da cidade. (PUCCINELLI, TALHARI, 2012)

A reforma do Palácio dos Campos Elísios (com perspectiva de retorno da sede do governo Estadual para o mesmo), a concessão de alguns terrenos públicos para empresas privadas e reforma de vários casarões abandonados dos Campos Elísios fazem parte de um processo que se convencionou chamar de “gentrificação” no centro de São Paulo. Gentrificação é um processo de revitalização urbanística que tem acontecido na região central de várias cidades do mundo (ROLNIK, 2007). É um processo de reforma e revitalização de construções históricas, bem como construções de novos empreendimentos imobiliários com a intenção de uma revitalização entendida como a ocupação dessas regiões por extratos da burguesia e da chamada classe média. O que acontece com o território em processo de gentrificação é a expulsão de representantes mais pobres da classe trabalhadora daquele território, a expropriação de imóveis ocupados por pessoas de baixa renda e a reforma e financiamento dos mesmos para que pessoas com maior poder aquisitivo ocupem aquela região.

Projetos de revitalização do espaço atendem a demandas de determinada classe econômica que por trás do discurso de melhorias, existe um desejo higienista de expulsão de certas populações, controle de determinados corpos para que aqueles escolhidos possam circular. (MENEZES, 2016, p. 27)

Aqui é importante dizer que os governos e urbanistas que defendem esse processo de gentrificação entendem que, quando uma área central da cidade está ocupada por moradias e comércios voltados para as pessoas da classe trabalhadora, essa região é entendida como em processo de deterioração, e revitalização aqui é considerada como a ocupação desse território

por pessoas pertencentes à burguesia e com melhor maior poder aquisitivo, uma vez que “o discurso da higiene, do sanitarismo, do urbanismo, camufla um movimento de segregação espacial” (Menezes, 2016). Há, portanto, uma perspectiva de classe, cujo objetivo é a expulsão da classe trabalhadora dos grandes centros urbanos, relegando-as a moradias precárias em regiões periféricas da cidade.

A decadência pode ser caracterizada por uma perda na dinâmica da reprodução do capital. Porém essa mudança pode ser condição e oportunidade para reprodução de uma dinâmica econômica de menor porte, assim como a instalação de uma população pobre próxima ao centro. (CALIL, 2015, p.25)

No caso da região da Luz, esse processo de gentrificação, que continua acontecendo até hoje nesse território, se depara com uma série de obstáculos. Não é objetivo dessa dissertação aprofundar sob o tema da gentrificação nem sob a história dos bairros da Luz e dos Campos Elísios, porém, sentimos a necessidade de demarcar essa situação por entender que a disputa de projetos urbanísticos para esse território determina o viés político da política pública ali estabelecida, a relação entre o Estado e os moradores dessa região e a consolidação, nessa região, do território de abrangência do nosso estudo: a Cracolândia.

1.3.2 O Crack

*“Tinha uma pedra no meio do caminho.
No meio do caminho tinha uma pedra”
(Carlos Dumont de Andrade)*

Dentre as substâncias psicoativas atualmente em uso, o crack é um subproduto cristalizado obtido ao cozinhar a pasta da cocaína com bicarbonato de sódio. Cabe dizer que no início de sua circulação, esse cozimento era realizado pelo próprio usuário, que comprava a cocaína em pó e fazia esse processo por conta própria. Atualmente, o crack é vendido em pedra, ou bloco e outros produtos são utilizados para sua elaboração, não havendo, portanto, controle da qualidade da substância. Ainda não há estudos publicados sobre esse assunto, havendo necessidade de mais pesquisa para avaliação da qualidade da substância, etc. Podemos dizer que uma das estratégias de uso seguro de crack é exatamente a orientação de que o sujeito compre a cocaína em pó e faça seu próprio crack, garantindo assim maior qualidade da substância e domínio por parte dos usuários dos processos de uso. Para entendermos a complexidade do uso do crack e todas as suas determinantes, precisamos compreender o que é a cocaína e um pouco da sua história e cultura de uso.

A cocaína é um alcaloide, estimulante que já foi utilizado pela indústria farmacêutica como remédio; na psiquiatria como antidepressivo; como analgésico em pequenas cirurgias, entre outros.

A cocaína é um estimulante potente do sistema nervoso central, deixando-o em estado de alerta. Os efeitos descritos são maior lucidez e concentração, eliminação do cansaço, sensação de bem-estar e euforia, desinibição e maior sociabilidade. (SILVA, 2000, p. 19)

Essa substância era muito utilizada no início do século XX como medida preventiva de estafa e do cansaço dos afazeres do dia a dia, tendo sido veiculada larga campanha para donas de casa lidarem com o cansaço e a depressão pós-parto. Eram feitos xaropes e vinhos a base da folha de coca, o melhor exemplo conhecido foi a Coca-Cola, que foi lançada como xarope à base de cocaína e cafeína, e, até 1903, ainda continha essa matéria-prima em sua fórmula. A cocaína também era prescrita para o tratamento de dependências de ópio, da morfina e do álcool. Em 1914, os EUA, seguindo os pressupostos do Tratado Internacional sobre psicoativos, assinado na Conferência de Haia, proíbe o comércio e o consumo da dessa substância.

Apesar de sua proibição no mercado legal, a cocaína continuava sendo utilizada, e em meados de 1920, perde seu prestígio, sendo identificada como prática de populações marginalizadas, como os negros norte-americanos, voltando a ser largamente utilizada a partir da década de 1970 (DOMANICO, 2006), período em que essa substância se constitui como “droga da moda” entre artistas e pessoas bem sucedidas. Devido aos seus efeitos de euforia e agitação e ao sentimento de potência das capacidades de realização, a cocaína era vista como a “droga dos vencedores”. “A cocaína é um estimulante apropriado para se enfrentar os desgastes da vida metropolitana, da velocidade do seu cotidiano e como fornecedora de disposição” (FERNANDES e MACRAE, 2015, p. 41). Nesse período, a substância era ministrada via endovenosa, subcutânea ou oral, e só se inicia a prática de aspirá-la a partir dos anos 1980.

No início dos anos 1980, surgem os primeiros relatos de consumo de crack em Los Angeles, Nova York e Miami, mais especificamente nas regiões degradadas dessas cidades, com alta densidade populacional negra e hispânica e uma das explicações para seu aparecimento foi a intensificação da repressão aos laboratórios de cocaína feitos pelos EUA nessa mesma época, bem como a proibição do comércio indiscriminado de éter (UCHOA, 1996 e DOMANICO, 2006). Há a hipótese de o crack ter surgido como alternativa à política proibicionista dos produtos químicos necessários para o refino de cocaína (éter e acetona). Fica evidente que o surgimento do crack não aconteceu por acaso, mas dentro de um contexto complexo de forças políticas. (CALIL, 2015, p. 32)

Em 1988, o crack chega em São Paulo e é visto pela primeira vez na Zona Leste e, em 1991, começa a ser usado nas ruas da região da Luz. Em 2008 foi publicada pesquisa sobre o perfil dos usuários de crack e continuam sendo jovens, homens de baixa renda (DUALIB, RIBEIRO e LARANJEIRA, 2008 *apud* ROMANINI e ROSO, 2012, p. 84). As determinações sociais que trazem o crack para a cena de uso de substâncias psicoativas de São Paulo ainda são desconhecidas. Esse relato da chegada do crack à cidade de São Paulo é referenciado pelos registros policiais de apreensão dessa substância. Porém, sabemos que a chegada da substância à cena de uso e sua inserção na cultura de uso de determinado local antecede a apreensão da mesma pela polícia. Segundo registros de relatos de campos realizados na Cracolândia (falaremos mais adiante sobre nossa compreensão acerca desse território), o uso dessa substância data de 1989 na baixada do Glicério, sendo que o crack era obtido pela manufatura feita pelos usuários a partir da cocaína em pó, sendo vendida diretamente como pedra apenas dois anos depois.

O crack é produzido a partir da pasta base de cocaína, que ao ser misturada com bicarbonato de sódio e aquecida é, se transformada em pequenos cristais que podem ser consumidos a partir de seu aquecimento. O nome crack significa rachadura, defeito, estalo, e é atribuído a esse psicoativo devido ao barulho que se faz quando a pasta-base, ao ser misturada com bicarbonato e aquecida, se transforma em pedra. O crack, é, portanto, um subproduto da cocaína que é fumado.

Fumar cocaína é uma forma mais eficiente de levar o componente psicoativo ao cérebro, pois a diminuição da quantidade de cocaína necessária para produzir um efeito forte possibilita uma redução considerável no preço (DOMANICO, 2006). O fato do crack ser mais barato que a cocaína em pó possibilita que as camadas mais baixas da sociedade tenham acesso a essa substância, que era conhecida como um psicoativo utilizado pelas altas camadas da sociedade devido ao seu alto custo, nas palavras de Silva (2000, p. 34), o "crack proporciona aos pobres o acesso mais fácil ao prazer caro das elites, por ser mais barato que a cocaína". Esse psicoativo é considerado mais capaz de causar consumo compulsivo devido à facilidade de uso e rápida absorção e se caracteriza por seu uso estar mais associado às pessoas de baixo poder aquisitivo.

O imaginário social mundial e especificamente o brasileiro em torno do crack e de seu usuário, passa por estigmatizações que vão sendo alimentadas diariamente pela mídia e pelas políticas de segurança pública. O usuário de crack está associado a figura do zumbi e, de maneira preconceituosa, aos piores comportamentos e sentimentos que um ser humano pode ter; desenha-se a figura do usuário de crack como um monstro desumano e irracional, cuja medida necessária e urgente é a separação deste indivíduo de seu convívio em sociedade.

A construção do crack como inimigo social, parece ter como eixo central o argumento que estabelece uma associação de causa e efeito entre a elevação nos índices de criminalidade e a epidemia de crack. A substância é apresentada como um “ser”, como algo que tem vida própria e que invade os lares para destruir famílias; quem a experimenta perde a vergonha, o caráter e a dignidade. Nessa perspectiva, é como se o crack fosse o sujeito das ações e o usuário o objeto, que coloca os sujeitos como passivos, que nada podem fazer diante da ameaça de uma nova doença, da “epidemia de crack”⁷.

Constrói-se, portanto, a crença de que o número de usuários de crack nos centros das grandes capitais e seu comportamento agressivo e descontrolado, configura-se uma “epidemia do crack”. Essa afirmação não é inocente ou desprovida de intenções e sentido político, uma vez que

[...] o termo epidemia sempre foi um termo com sentido político, manipulado e mobilizado em função de criar ou propagar um pânico social e ou moral visando a construção de um conceito de segurança (FOUCAULT, 2010), apelar ou justificar uma intervenção de poder, ou simplesmente justificar a violência (ADORNO, 2015, p. 291).⁸

Definir o consumo de crack no País como epidemia é um erro metodológico, pois não há dados que evidenciam esse diagnóstico. Ao contrário, um estudo realizado recentemente pela Fiocruz (Fivev, 2015, p.107) mostra que, quantitativamente, o número de usuários de crack não condiz com uma epidemia, da mesma forma que, ao contrário do que diz a mídia, a maior concentração de uso de crack não é em São Paulo e no Rio de Janeiro, e sim na região Nordeste do País. Sabemos que tanto a mídia quanto o poder público disparam esse tipo de informação alarmante com o intuito de gerar pânico na população em geral e justificar a adoção de medidas violentas e repressivas para lidar com essa expressão da questão social, colocando a questão do uso de crack como um problema urgente que requer medidas drásticas para sua resolução, justificando assim sua política de Guerra às Drogas.

Apesar de ser uma substância considerada com alto risco de causar dependência química, tem-se identificado o uso controlado de crack, caracterizado como um consumo a longo prazo, não diário e racional, conciliado às atividades sociais pré-existentes, protegendo o usuário da

⁷Discutiremos ainda nesse capítulo o uso desse do termo “epidemia” para se referir ao fenômeno do uso do crack na sociedade brasileira.

⁸Cabe aqui ressaltar que, apesar de nossa perspectiva teórica ser o marxismo histórico dialético, nos utilizamos de alguns autores cuja teoria não é a marxista e algumas vezes é até uma teoria divergente do marxismo. Fazemos isso, não por ecletismo teórico, mas por entender que alguns conceitos e perspectivas de leitura da realidade, apesar de não serem baseadas em Marx, são absolutamente compatíveis com uma leitura crítica da realidade, dadas as devidas proporções e ajustes.

marginalização. Nesse padrão de uso, o usuário, por meio de estratégias de autocontrole e autorregulação individual e intuitivamente construídas, não permite que a necessidade do uso da substância governe sua vida. As estratégias mais comuns são: substituição de formas mais leves de consumo ou outras substâncias; afastamento do contexto social do crack; reprogramação de pensamento e comportamentos; diminuição do emprego dos psicoativos sabidamente interferentes sobre os efeitos e/ou frequência e quantidade do uso de crack. Esse consumo controlado foi identificado também entre usuários que já haviam passado pela fase compulsiva de uso de crack (NAPPO, 2010, p. 668). Apesar de Nappo (2010) realizar sua pesquisa entre grupos e usuários cuja reprodução social apresenta diferenças substantivas dos usuários de crack da Cracolândia, essa forma de uso controlado também pode ser observada em nosso território de pesquisa.

O estudo de Nappo (2008) mostra que, ao contrário do que dita a chamada política antiproibicionista em relação às substâncias psicoativas em geral, e especificamente o imaginário social brasileiro acerca do uso do crack, é possível construir uma relação com substâncias que seja de uso seguro e controlado. Mesmo aquelas que tem alto risco de dependência química, consideradas “drogas pesadas”. Esse estudo também comprova que apenas 25% de usuários de crack apresentam uso problemático, sendo sua imensa maioria de uso controlado.

É comum o uso de outras substâncias associadas ao uso de crack, seja como paliativo aos efeitos negativos ou com fins de intensificar ou prolongar os efeitos positivos. O uso da maconha ou do tabaco, por exemplo, é reconhecido como importante estratégia de redução de danos associados ao uso crônico de crack de forma a diminuir a fissura e sintomas de síndrome de abstinência.

O crack pode ser fumado em cachimbos, latas de alumínio e copos de água descartáveis.

No caso do uso em cachimbos, fuma-se crack da seguinte forma: fuma-se um cigarro e as cinzas deste vão sendo colocadas no cachimbo, geralmente feito com antenas de carro; por cima das cinzas é colocada a pedra e então ascende-se com isqueiro que deve estar sempre à mão. Traga-se a fumaça segurando-a por um tempo alcançando-se, assim, o efeito desejado. (SILVA, 2000, p. 21)

O uso contínuo do crack traz inúmeros danos à saúde, sejam eles físicos (overdose, entendida aqui como atendimento hospitalar por falta de ar ou língua enrolada ou convulsões, emagrecimento e insônia); psíquicos (fissura, paranoia, brigas, comportamento sexual arriscado, detenção policial e perda de vínculos. O usuário durante o uso torna-se agressivo por conta da fissura) e legais (violência na relação com tráfico e violência policial) (NAPPO, 2010),

causando perda de apetite, falta de sono e agitação motora, podendo levar à desnutrição, desidratação e gastrite; também causa rachadura nos lábios, cortes nos dedos e nas mãos e problemas pulmonares devido ao intenso contato com o calor da fumaça. Os problemas de ordem psicológica e social que se observa decorrente do uso do crack são descuido em relação à sua aparência e asseio pessoal; graves perdas de vínculos familiares e sociais; uso de crack se transforma em sua principal atividade, abandono de estudo, trabalho e suas garantias de inserção social (DOMANICO, 2006; 2007). O uso compartilhado de cachimbos também os coloca em situação de exposição frente a doenças como tuberculose, hepatites, herpes, leptospirose, candidíase e outras, transmissíveis através do sangue e da saliva.

Os usuários com maior poder aquisitivo consomem as substâncias em lugares discretos e seguros. Porém, quase todas as pessoas observadas usando crack na rua são moradores de rua ou pessoas de baixa renda. Entre estes, o autocuidado e outras atividades da vida cotidiana ficam secundarizadas frente ao uso frenético do psicoativo. O consumo de crack diminui defesas imunitárias e os efeitos colaterais colocam os indivíduos em uma situação de maior vulnerabilidade social. “A relação do crack com a AIDS está na grande intoxicação do usuário de drogas, à fissura e à comercialização do sexo em troca da droga, a justificativa das práticas sexuais sem camisinha” (DOMANICO, 2006). Ou seja, o usuário de crack tem maior chance de infecção por HIV e outras IST pelo fato de, muitas vezes, na fissura causada pelo crack, este adotar a prostituição como forma de financiar o consumo, seja na troca de sexo por dinheiro, seja pela troca de sexo pela substância.

Cabe ressaltar aqui que existe uma diferença considerável entre a prostituição e a troca de sexo por substâncias psicoativas. A prostituição tem um contrato estabelecido onde o profissional do sexo tem determinado controle sobre a situação: ele determina o preço, o que aceita fazer por aquele valor, quanto tempo vai durar o programa, o local etc. No caso de troca de sexo pela substância, o detentor da substância (ou cliente) é quem tem o domínio da situação. Ele que diz o que precisa ser feito para que ele dê a substância, colocando todas as condições para que essa troca aconteça. O usuário de substâncias ilícitas que se coloca nessa situação nem sempre consegue negociar o uso de preservativo na relação, os limites de sua vontade ou disponibilidade para determinadas práticas sexuais, a duração dessa troca e acaba correndo o risco de não receber o “pagamento” se não satisfizer o “cliente”, o que transforma essa numa situação muito mais suscetível a abusos e violências.

No caso de São Paulo, temos uma grande concentração de moradores de rua, usuários de crack, na região central. Convencionou-se chamar essa região de Cracolândia⁹. Não nos aprofundaremos aqui nas especificidades do uso de crack nessa região, pois faremos essa discussão em um capítulo mais à frente. Porém, sentimos a necessidade de deixar registrado neste ponto que, no nosso entendimento, o crack não é a causa do surgimento da Cracolândia. Tal situação seria, como já dissemos, uma expressão da questão social agravada pela ausência de políticas de Educação e de Saúde Pública, da mesma forma que a “violência associada ao uso da cocaína ou crack aparece mais como fruto da ausência do Estado do que fruto do consumo e dos efeitos dessas substâncias” (FERNANDES e MACRAE, 2015, p. 43; MAGALHÃES, 2015).

Entendemos que o indivíduo que está na Cracolândia é tomado como sujeito social ou sujeito de classe e o processo de consumo de crack, como parte da questão social. Assim sendo, em nossa concepção, o crack por si só não explica os comportamentos e as formas de vida dos usuários nem a existência da Cracolândia.

O agravamento da vulnerabilidade social e da saúde acentuado pelo aumento do uso desta substância em diferentes cidades do Brasil e em São Paulo, particularmente, levou o Estado brasileiro a considerá-lo problema de saúde pública e acentuar a importância de estratégias inovadoras de pesquisa e intervenção. Pesquisas têm demonstrado uma capacidade muito pequena desses usuários a responder a intervenções empreendidas por instituições de saúde, sendo necessário, por parte dos serviços de saúde, a construção de estratégias voltadas a essa população que garantam a prevenção a doenças, independentemente da situação de uso ou não de psicoativos. As intervenções devem buscar transformar a situação de saúde dos sujeitos que fazem parte desses grupos sociais estigmatizados e vulnerabilizados.

1.3.2.1 Redução de Danos para o crack

Como já dissemos no item anterior deste capítulo, o crack é apresentado pela mídia como uma epidemia avassaladora e diabólica que precisa ser combatida pela sociedade. Essa construção da imagem do usuário de crack como marginal e do crack como o responsável pela violência e criminalidade que assola o Estado, como o combustível para a criminalidade. Reforça uma ideologia de exclusão social na qual não é o usuário que consome a pedra, é a

⁹O termo Cracolândia é muito controverso e divergente no meio acadêmico. Não pretendemos nos aprofundar nesse debate, porém, ressaltamos que usaremos esse termo em letra maiúscula, nos referindo à cena de uso de crack na região da Luz do Centro de São Paulo.

pedra que consome o usuário e, portanto, combater a violência significa combater o crack. Ao padronizar as relações entre o uso do crack e os contextos de violência, desconsideram-se as particularidades desse uso em determinados grupos sociais, que “cada pessoa pode atribuir diferentes sentidos ao uso de crack, e o cuidado pode ser construído em conjunto com o indivíduo respeitando o momento e o tempo de cada um”. (CALIL, 2015, p. 24)

A alta vulnerabilidade que os usuários de crack em situação de rua estão expostos, faz com que seja necessária a construção de estratégias específicas de redução de danos para essa população. A experiência do movimento de luta contra a AIDS oferece contribuições para pensar as campanhas de prevenção ao uso de crack. Dados mostram que existe risco de infecção por HIV associado ao consumo de psicoativos estimulantes não injetáveis (UNODC, 2019, p. 8) por meio de comportamentos sexuais desprotegidos. Na questão relacionada ao risco de infecção pelo HIV por uso de crack, os estudos só puderam comprovar os riscos de transmissão de doenças por via de uso na sua relação com as práticas de sexo desprotegido, pois sob efeito de algumas substâncias psicoativas, os diferentes grupos tornam-se mais vulneráveis aos riscos associados a práticas sexuais desprotegidas e o risco de infecção por HIV e hepatites B e C está ligado ao sexo desprotegido e ao compartilhamento de cachimbos (NAPPO, 2004 *apud* DOMANICO, 2006; UNODC, 2019). A princípio, usuários de crack não pareciam constituir um foco importante das ações de redução de danos. Porém, o risco de transmissão sexual do HIV e outras IST nessa população se mostra elevado e preocupante.

Na perspectiva da redução de danos associado ao uso de crack, os usuários traçam suas próprias estratégias, como usar a substância em grupo para garantir assistência e socorro no caso de mal estar físico; utilizar o crack em local protegido para evitar situações de violência e confronto com a polícia; associar uso da maconha como forma de reduzir a fissura e a paranoia e até mesmo como estratégia de substituição e abandono do uso crack; controlar quantidade de crack utilizada, fracionando em pequenas doses; cuidado com onde compra o crack para não ser estigmatizado como usuário ou ser pego pela polícia; cumprir as regras do tráfico; assumir o uso caso sejam abordados pela polícia, e o uso de preservativos (NAPPO, 2008). Outras estratégias também são estimuladas por agentes de saúde, como beber água e leite, tomar banho e ingerir bebida com açúcar.

Na perspectiva de ampliação de estratégias de redução de danos e prevenção de doenças entre pessoas que usam de crack, a RD se assenta, em boa parte, sobre os cachimbos, seus usos e higienização. O próprio estímulo em se fumar em cachimbos já se constitui em uma estratégia de redução de danos, uma vez que fumar na lata é mais prejudicial porque geralmente são coletadas na rua e no lixo e podem estar contaminadas com diferentes agentes infecciosos e a

aspiração de grande quantidade de fumaça pelo bocal promove uma intoxicação pulmonar muito intensa (DOMANICO, 2006). Os cachimbos são facilmente descartáveis devido ao constante trânsito de usuários e excessiva abordagem policial, comprovando a necessidade de distribuição de insumos pelos PRD, uma vez que os usuários, na fissura, sem cachimbo e sem dinheiro para comprar outro são os mais suscetíveis a fazer o uso compartilhado (RUI, 2013). Outra estratégia importante é a do uso individual do cachimbo, pois o uso compartilhado de cachimbos coloca os usuários em situação de vulnerabilidade frente às doenças como tuberculose, hepatites, herpes, leptospirose, candidíase e outras doenças transmissíveis através do sangue e da saliva. A própria ONU, em recente relatório sobre prevenção para pessoas que usam psicoativos estimulantes reconhece que pessoas que fumam drogas estimulantes não precisam de equipamentos descartáveis, mas se beneficiarão em ter equipamento individual para fumar e de campanhas avisando que os cachimbos não devem ser compartilhados. (UNODC, 2019)

Ao pensar em qual a maneira mais segura de consumir crack, há duas possibilidades: uma delas diz que os recipientes mais recomendáveis para se fumar crack, do ponto de vista da redução de danos conhecidos e associados a essa prática de uso são copos de plástico descartáveis de água mineral. Os copos parecem ser os “cachimbos” mais adequados e menos danosos, uma vez que ao passar pela água no seu interior, a fumaça será umedecida e terá suas partículas sólidas retidas no líquido, evitando sua aspiração (DOMANICO, 2006). Essa estratégia é questionada pelo fato de o copo ser de plástico, que ao entrar em contato com o calor, derrete e solta substâncias tóxicas. Outro fator que prejudica a incorporação dessa prática de consumo é o fato desse “cachimbo” não concentrar a resina do crack após seu uso repetitivo (alguns chamam essa resina de “tocha”, uma espécie de “haxixe” do crack que, ao ser fumado, causa efeitos ainda mais fortes).

A outra possibilidade é a confecção de cachimbos de cobre (RUI, 2012), pois não provoca intoxicação como o alumínio, aguenta mais o calor do que o plástico, não quebra como o vidro, mas tem a desvantagem de ser mais caro. No caso de Redução de Danos para uso de crack, indica-se também o uso de piteiras de silicone em cachimbos de metais como estratégia para lidar não apenas com a diminuição do contato da boca com o calor do cachimbo como também o uso individualizado de piteiras no caso de uso compartilhado de cachimbos.

Os usuários relatam que a piteira de silicone tem uma duração de cinco “tragos”, uma vez que o calor do cachimbo vai aquecendo o silicone e ele fica mais largo, prejudicando a capacidade de se tragar a fumaça sem nenhum ar junto. Eles também relatam que, na cultura de uso da Cracolândia, o uso de piteiras pode indicar uma certa “frescura” por parte do usuário,

que parece ter “nojo” de compartilhar o cachimbo com outros usuários, trazendo assim uma certa dificuldade de interação social entre eles. Os usuários relatam que a piteira é mais bem aceita por mulheres, que, quando estão em uma roda de uso compartilhado de crack, têm seus cachimbos individualizados, e que, de maneira geral, os homens da roda não utilizam do mesmo cachimbo que a mulher como uma forma de respeito a ela e ao seu companheiro, caso ela tenha um parceiro de uso. Os usuários de crack da região relatam que utilizam como estratégia de RD e higienização de cachimbos compartilhados, lavar sua ponta com “corote” (uma cachaça de baixo custo e baixa qualidade muito utilizada por usuários de crack) e esquentar essa mesma ponta com o isqueiro. Eles relatam que submetem a ponta do cachimbo a um alto calor com o isqueiro por cerca de cinco minutos e esperam esfriar. Esse aquecimento funciona como uma esterilização, na medida em que os vírus e bactérias não resistem a altas temperaturas por muito tempo e essa acaba sendo uma estratégia possível de ser realizada mesmo na ausência de piteiras.

Outra estratégia de RD estimulada por redutores de danos da região é o uso de protetor labial ou manteiga de cacau, como uma forma de manter o lábio sempre hidratado e evitar rachaduras nas mãos e nos lábios. A distribuição de protetor labial surge a partir do kit francês para usuários de crack. O PRD Sampa, no período de existência do DBA (falaremos disso no próximo capítulo), distribuía uma pomada à base de Guaçatonga (uma planta nativa da Mata Atlântica conhecida pelo seu alto poder cicatrizante e antimicrobiótico), porém, com a mudança de gestão, o novo governo parou de fornecer tal insumo para os redutores de danos e inseriu uma pomada a base de calêndula (também conhecida pelo seu poder cicatrizante). Segundo relatos de usuários da região, a pomada de calêndula não era tão eficaz quanto a de Guaçatonga. “A distribuição de cachimbos, protetores labiais e outros insumos relacionados ao uso oferece estratégias práticas para abordar fumantes de estimulantes e reforçar a mensagem ‘não compartilhe cachimbos’”. (UNODC, 2019)

Ainda que não tenhamos o insumo ideal para ser distribuído em campo, vale reforçar que o exercício de reflexão em conjunto com o usuário quanto ao melhor cachimbo para se fumar abre a possibilidade de diálogo sobre o uso da substância que supere valores morais de estigmatização e normatização da vida daquele usuário, e o redutor de danos passa a ser visto como um aliado, que está ali para refletir com o usuário estratégias de saúde apesar do uso do crack, podendo, portanto, refletir sobre outros aspectos da vida daquele usuário no sentido de ressignificar o autocuidado e a relação com o uso da substância psicoativa. Falar sobre o cachimbo é também um modo de entrar em contato com o usuário e estabelecer um contato afetivo, de criar um vínculo. No trabalho de campo, o redutor de danos põe em prática

estratégias de redução de danos através de ações educativas com seus pares nos locais em que se encontram esses usuários.

A distribuição de kits é um facilitador para o acesso e o estabelecimento de vínculo entre os serviços de saúde e os usuários de psicoativos, colocando-se como uma estratégia de contato entre o redutor de danos e o usuário de psicoativos. Ao distribuir o insumo para usuário de crack, obtém-se uma aproximação efetiva entre a pessoa que usa crack e o serviço de saúde. O programa de distribuição de cachimbos nos EUA, por exemplo, aumentou a inclusão de pessoas que fumam crack em serviços de saúde (UNODC, 2019). É nesse encontro que ocorre a troca de conhecimento e o contato com a realidade dos sujeitos a partir de suas escolhas concretas e possibilidades de mudanças – ainda que pequenas – no estilo de vida, sem demandar alterações radicais das práticas e escolhas pessoais dos usuários. No Canadá, argumenta-se que o kit especial para fumantes de crack é uma forma de atrair fumantes clandestinos e marginalizados, colocando-os em contato com os serviços de saúde (FISCHER, 2005 *apud* SILVA et al, 2009). Ao permitir a reflexão sobre a prática de uso a distribuição de cachimbos põe em destaque a circulação de saberes entre representantes da saúde pública e usuários de crack e também apontam diversos atores sociais e pode-se até chegar à consciência política. (RUI, 2013)

A primeira experiência de distribuição de cachimbos foi na cidade de São Paulo, com cachimbos de madeira. Alguns assessores do então Programa Nacional de DST/AIDS foram contra, mas houve apoio do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo. Alguns projetos de distribuição de diferentes cachimbos foram implementados e percebeu-se que cada cultura e cada cachimbo só atendia à sua região (DOMANICO, 2006). Cachimbos produzidos podem ser inadequados, mas servem para aumentar vínculos com os usuários por meio do cachimbo. No Brasil, os kits para usuário de crack continham cachimbo, filtro para uso individual e hidratante labial. (BRITES, 2006, p. 87)

A disponibilização de kits funciona como intermediário da relação entre o serviço e o usuário e também como via de acolhimento que vai além do insumo distribuído: é o cuidado que está em jogo nesse processo. Nesse contexto, a redução de danos constitui uma estratégia de abordagem das questões relativas ao uso de psicoativos, tanto no âmbito coletivo como no individual, que fórmula práticas que diminuem os danos daqueles que usam psicoativos e para os grupos sociais com os quais convivem. A sugestão de kit para fumar de forma mais segura, segundo o UNODC (2019) deve conter: cachimbos, protetores bucais ou labiais, palha de aço inoxidante, lenços com álcool, batom labial com vitamina E; compressa esterilizada, chiclete sem açúcar, preservativos e folhetos informativos. Infelizmente, devido a retrocessos na gestão pública da política voltada às pessoas que usam substâncias psicoativas (como veremos na

próxima parte desse trabalho), o PRD do município de São Paulo não está autorizado a trabalhar com esse tipo de insumo.

Atualmente, a maior parte dos serviços voltados a essa população tem como prerrogativa a abstinência total do psicoativo para início do tratamento. Se o usuário não cumpre essa prerrogativa, não recebe o tratamento. Quando uma sociedade não reconhece os direitos de uma pessoa que faz uso de psicoativos ilícitos, do ponto de vista ético, tal sociedade está afirmando que umas pessoas são mais cidadãs que outras. No campo da prevenção, as estratégias de redução de danos significam a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso de psicoativos, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper o consumo desta substância. Os Direitos Humanos e a Saúde Coletiva dão suporte a essa abordagem, na medida em que, segundo a Organização Mundial de Saúde, é direito de todo ser humano a busca do melhor padrão possível de saúde.

O território escolhido para realizarmos esse estudo, a Cracolândia na região da Luz no centro de São Paulo, contém características que merecem ser esmiuçadas, para que possamos compreender a natureza da existência dessa cena de uso a céu aberto no coração da maior cidade da América Latina, bem como os limites e possibilidades de atuação dos programas de redução de danos nesse território.

1.3.3 A Craco: Território ou Identidade?

O nome Cracolândia está permeado por formulações teóricas acerca de sua concepção enquanto espaço social de representação de uso de crack. O nome Cracolândia é dado pela mídia na década de 1980 e tem representação social carregada de estigmas e preconceitos (Magalhães, 2015). Há algumas concepções teóricas divergentes acerca da pertinência de se usar o nome Cracolândia para descrição das cenas de uso de crack no Brasil. Há quem diga que esse nome deve ser usado somente para a cena de uso na região da Luz, há quem diga que esse nome é pertinente a todas as cenas de uso de crack no Brasil e no mundo. Não pretendemos aqui esgotar essa discussão nem fazer um levantamento detalhado sobre todos os pensadores que discorrem sobre essa temática. Cabe-nos apenas situar qual a nossa opção metodológica e qual referencial teórico sustenta essa opção.

Do ponto de vista histórico, é importante avaliarmos qual a construção ideológica e teleológica acerca do entendimento da Cracolândia enquanto construção de um espaço cujo uso de uma substância o determina com características próprias.

[...] o termo Cracolândia surge a partir de um território específico que passa a ser conhecido através da mídia por esse nome em alusão ao uso público de uma substância psicoativa, localizado na zona central da cidade de São Paulo. (ADORNO, 2015, p. 291)

A princípio, esse nome foi utilizado para descrever a crescente concentração de população de rua, usuária de crack, nas ruas do centro de São Paulo, na região da Santa Ifigênia e da Luz. Na medida em que foi-se identificando o surgimento de cenas de uso de crack em outras cidades brasileiras com características similares, deu-se a popularização do nome Cracolândia para descrever a concentração de população de rua usuária de crack em regiões metropolitanas. Cabe aqui ressaltar que, como já dissemos em capítulos anteriores, a construção midiática em torno do crack como “mal absoluto” vai sendo orquestrada pela mídia no sentido de estigmatizar o usuário de substâncias psicoativas e apoiar a opinião pública acerca de medidas violentas e punitivas para essa população.

A popularização do nome Cracolândia, longe de reconhecer e compreender a vasta degradação humana e social das cidades brasileiras, trocava o contexto dos lugares para uma situação que podia ser manipulada como um fenômeno moral, simbolizando a maldição de um psicoativo com poderes ilimitados de ‘viciar’, matar que por ação dos ‘outros’ (bandidos e traficantes) passavam a corromper as pessoas que se transformavam em ‘zumbis’ sem ciência nem consciência, tendo seu comportamento orquestrado pelo ‘crack’. (ADORNO, 2015, p. 292)

Nesse sentido, entendemos que, ao colocar o nome Cracolândia em qualquer cena de uso de crack no Brasil fortalecemos a estigmatização em torno do uso de crack e colocamos a cena de uso dessa substância como algo padronizado, que acontece de maneira igual em qualquer lugar, desconsiderando as características particulares dos indivíduos sociais que formam aquela cena de uso, bem como das condições sociais, geográficas e culturais nas quais cada território é formado. Dentro da própria cidade de São Paulo, dependendo do território a ser estudado, vemos diferenças de regras de sociabilidade, de dinâmicas das relações e até mesmo da forma em que o usuário utiliza a substância, o tipo de cachimbo utilizado, a dinâmica de relação entre as pessoas que usam crack, a relação com o tráfico, com a polícia. Enfim, na medida em que entendemos que a reflexão sobre o uso de substâncias deve levar em consideração o indivíduo social, a substância e contexto social de seu uso, seria muito contraditório de nossa parte considerar que todo contexto de uso de determinada substância é igual e ignorar suas especificidades e condições de classe.

Sendo assim, consideramos que o termo Cracolândia, ao ser utilizado para toda cena de uso de crack em centros urbanos, contribui para uma leitura limitada acerca da realidade social do uso de crack. Como diria Fruguli & Sppagiari (2010, p. 3), a “Cracolândia deve ser pensada

para além de uma série de representações estigmatizantes veiculadas pela mídia, que de certa forma atualizam a criminalização da pobreza”.

Sob outra perspectiva, quando tratamos da cena de uso do Centro de São Paulo, por ser a primeira cena de uso de crack a céu aberto identificada no Brasil e, portanto, ser alvo veemente não apenas das políticas públicas, mas também de pesquisadores da temática do uso de substâncias psicoativas e redução de danos, temos um entendimento de que o nome Cracolândia pode ser pertinente, uma vez que fala de um território específico, com uma organização específica e um sentido também específico para o uso de crack. Ao perguntar à população de moradores do local qual a origem do nome Cracolândia, a resposta que obtemos é que esse nome surge em alusão à Disneylândia, sendo a Cracolândia tida como um espaço de festa, de realização de fantasias e vivência de intensidades relacionadas ao uso de crack. É também entendida, pelos que ali circulam, como um espaço de troca de afetos, de encontros e de proteção, onde se constrói uma identidade e uma rede social de cuidado, de suporte mútuo. São muitas as pessoas que usam crack que relatam se sentirem aceitos naquele espaço, onde não há julgamento sob sua condição social de pobreza ou de uso de substâncias, uma vez que todos ali compartilham do estigma social que a mídia e a opinião pública os coloca e, por isso, sentem que há menos julgamentos acerca de suas condições de subsistência, bem como de alguns comportamentos.

A Cracolândia é entendida como a “Disneylândia do crack” por algumas pessoas que usam crack. Nessa perspectiva, entendemos que, ao denominar a cena de uso de crack do centro de São Paulo como Cracolândia estamos demarcando um território marcado por contradições e disputas de projetos políticos e ideológicos e escolhemos usar a nomenclatura Cracolândia, com “C” maiúsculo, por entendermos que esse território é único e as relações sociais que ali acontecem, sejam entre indivíduos sociais, sejam entre a população que ali vive e seu entorno e até mesmo entre as políticas públicas voltadas para essa cena de uso e as pessoas que ali vivem são únicas e marcadas por essa especificidade.

A Cracolândia é um campo de relações, não pode ser reduzida apenas ao local de consumo de substâncias em vias públicas. Ou seja, não é o agrupamento de usuários que cria a ‘terra do crack’, mas a miríade de instituições, grupos e organizações que se mantêm em relação com essa população. (MAGALHÃES, 2015)

A compreensão que algumas pessoas que usam crack têm da Cracolândia como Disneylândia do crack deixa evidente que, para elas, estar ali não é um martírio, um castigo ou algo penoso, na medida em que a convivência naquele espaço também se constitui como produtora de identidades e inserção daqueles que estão excluídos, configurando-se em um

espaço de trocas de objetos, alimentos, bebidas e também afetividades, sexualidade e emoções. (ADORNO, 2015)

Compreendemos essa construção da Cracolândia como espaço de proteção para os indivíduos sociais que ali vivem, uma vez que o julgamento e estigmatização referentes ao uso de crack não se realiza ali da mesma forma que em outros espaços sociais. Trata-se de um espaço de proteção e liberdade ao mesmo tempo que supera sua simples função de entretenimento e lazer, “ali eu me sentia num lugar que eu podia estar. Todos os outros lugares tinham preconceito com a minha pessoa” (relato de um ex-morador da Cracolândia para a equipe de trabalho do Programa De Braços Abertos. (ADESAF, 2017). As pessoas que ali vivem têm uma tolerância maior não apenas ao uso de substâncias psicoativas, mas também às práticas sexuais, bem como às questões como higiene pessoal e situação de miséria. Constrói-se ali uma identidade a partir da territorialidade a qual ocupam, a identidade é substituída por territorialidade, de modo a captar como sujeitos se definem mutuamente a partir de “posições” e trajetórias variáveis dentro de uma rede. (PERLONGHER, 2005)

Aqui cabe dizer que a dinâmica de relações na Cracolândia tem uma particularidade na sua capacidade de estabelecer relações de troca e valor de uso a toda e qualquer mercadoria. Tudo vira dinheiro na Cracolândia. Não necessariamente o dinheiro moeda, mas a possibilidade de troca por algo. Troca-se comida por crack, cigarro, roupas, bebidas alcoólicas, artigos eletrônicos, isqueiros, até cinzas de cigarro. Tudo ali é passível de ser trocado e transformado em outra mercadoria. Seja trocar um pouco de cinzas de cigarro por um trago na pedra, ou um gole de cachaça por uma mordida em um sanduíche.

A dinâmica de relações sociais naquele espaço se dá como uma grande feira, onde, o tempo todo tem alguém oferecendo algo em troca de algo. Muitas pessoas que usam crack relatam que, como estratégia de sobrevivência e de redução de danos, muitas vezes não levam dinheiro para o local onde se concentra o comércio e uso de crack. Vão apenas com um ou dois maços de cigarro e fazem dessa mercadoria a forma de uso de substâncias e de outras mercadorias. Trocam um cigarro por um pedaço de pedra de crack, trocam as cinzas de cigarro pelo uso do cachimbo ou por um gole de cachaça e, com isso, conseguem estabelecer um controle da quantidade de dinheiro que ali gastam. Elas relatam que o valor de cada troca se dá não pelo valor de uso de cada mercadoria, mas pela necessidade colocada no momento da troca. Um tênis pode ser trocado por dois cigarros ou por uma pedra de dez reais, a depender da fissura e da necessidade daqueles que estão realizando a troca naquele momento. O valor atribuído a cada coisa ali não é estabelecido por convenções, mas pelas condições materiais do momento e pela necessidade daqueles que estão realizando a troca.

A noção de territorialidade possibilita pensar os movimentos dos códigos e as transações (trocas) simbólicas – que constituem e são constituídas – pelas relações entre pessoas em um determinado espaço social – como engendrados em um plano de reconhecimento entre pessoas no qual os significados são construídos a partir das experiências e legitimados (ou não) pelo grupo. (PERUCHI e TONELLI, 2006, p. 44)

São muitas as pessoas que usam crack que relatam não se sentir bem em sair dali por sentirem os olhares de julgamento das outras pessoas em relação a sua condição de usuário de crack ou de morador de rua. Como se ali houvesse uma maior tolerância quanto à necessidade de atender a algumas exigências sociais. É importante ressaltar que dentro da Cracolândia não vive uma massa desforme de pessoas que usam crack e moradores de rua. São múltiplas as possibilidades de relação que aqueles indivíduos sociais estabelecem não apenas com o crack, mas também com a situação de estarem vivendo na rua, bem como com o cuidado pessoal e organização da vida como um todo.

A Cracolândia é composta por indivíduos sociais, em sua maioria pertencentes à classe subalterna, que vivem em condições abaixo da linha da pobreza. Muitos são os fatores que determinam a presença daquelas pessoas ali e o crescimento ano a ano daquela população. Uma das determinações é o fato de muitos moradores de rua passarem a usar crack e se deslocarem para lá. Outro fator importante é o fato da facção criminosa autodenominada Primeiro Comando da Capital, nos últimos anos, controlar a violência na periferia, proibindo de matar usuário de crack e regular o uso e a venda de crack para pessoas que usam crack com uso considerado problemático ou abusivo, fazendo com que esse se desloque para outro bairro ou para o centro, em especial para a Cracolândia. (RUI, 2016).

O sistema neoliberal, racista, punitivista e higienista mantém a Cracolândia viva. O sistema carcerário, na medida em que tem em sua maioria uma população jovem, negra e periférica, e o fato de 75% das pessoas presas estarem cumprindo pena por tráfico de psicoativos ilícitos gera um sistema de exclusão e estigmatização de uma parte da população brasileira (Batista, 2003). Quando vemos que a Cracolândia também é composta, em sua maioria, por jovens negros, egressos do sistema penitenciário, nos parece evidente que o sistema penal brasileiro é um dos responsáveis pela existência e manutenção da Cracolândia como um dos únicos espaços de socialização e realização da vida social possíveis para uma parcela da população brasileira.

os sujeitos, itinerantes e 'noiados' são uma produção complexa ancorada em uma lei proibicionista, descabida e contraproducente que serve muito mais para tolher a liberdade do cidadão e para criar mecanismos de romper os laços familiares, afetivos e de trabalho do que garantir os direitos fundamentais que estão inscritos no espectro da lei e no que ela diz querer proteger. (MEDEIROS, 2015, p. 63)

Muitos moradores do fluxo dizem que sua chegada naquele território se deu após cumprirem pena no sistema carcerário. Relatam que as longas penas em presídios distantes faz com que os laços familiares se percam ou se afrouxem consideravelmente. Relatam também que, ao sair do sistema carcerário, têm pouca ou nenhuma rede social e afetiva na cidade e que sabem que ao chegar na Cracolândia acabarão por encontrar alguém que conheceram no período que cumpriram pena, além do fato de não serem discriminados ou estigmatizados por serem egressos do sistema penitenciário. Outra determinante para a ida dessas pessoas para o fluxo é o fato de, ao saírem em liberdade condicional, não terem moradia, trabalho ou nenhuma condição mínima de reinserção na sociedade e, de acordo com o funcionamento da condicional, se forem pegos pela polícia na rua perdem sua liberdade e voltam para a cadeia.

Portanto, a Cracolândia acaba sendo um ótimo, senão o único, refúgio para esses jovens marcados por uma política de encarceramento que, antes de mais nada, criminaliza a pobreza e tem viés profundamente racista (WACQUANT, 2001). Sendo assim, o fenômeno da Cracolândia paulistana tomado como parte da questão social não pode ser atribuído ao uso de psicoativos, ou ao crack e precisamos levar em conta que o sujeito social que compõe a Cracolândia é o marginalizado (ARRUDA, 2014).

Na Cracolândia moram pessoas que não usam crack, que usam de maneira esporádica e até de maneira abusiva; há os que estão ali porque querem se esconder da polícia ou de familiares, os que têm alguma relação com o tráfico, pacientes de serviços de saúde mental, egressos do sistema penitenciário e também moradores de rua sem nenhuma relação com o crack, pois “muitos usuários relatam que saíram dos bairros onde fumavam crack porque preferem usar crack longe dos olhares de conhecidos e familiares” (COSTA, 2017, p. 92). Essa diversidade faz também com que haja uma pluralidade na forma como aqueles indivíduos se relacionam com o território e com as políticas públicas que ali atuam. Alguns conseguem ter mais cuidado com a higiene pessoal e a alimentação, outros já se desorganizam de maneira que o asseio e a alimentação se tornam secundários diante do uso do crack ou das outras determinações sociais presentes ali naquele território.

Portanto, dentro da Cracolândia nota-se também posições hierárquicas e códigos de convívio social que são próprios daquele território e determinados por questões concretas (capacidade de organização, relação com o tráfico e capacidade de consumo de substâncias psicoativas). Ou seja, a Cracolândia é um espaço de sociabilidade e também de hierarquias e sistema de classificação social.

Misse (2007) reflete que redes sociais que interligam mercados legais e ilegais não necessariamente adquirem contornos espaciais. Porém, quando algum contorno espacial se desenha, quando uma territorialização pode ser identificada, a questão

parece ganhar uma dimensão política diferente. Essa territorialização reforça estereótipos e estigmatiza importantes segmentos sociais do espaço urbano, por outro lado, cria novas redes de sociabilidade que emergem das relações de poder que demarcam esse território. (RUI, 2012).

Ao longo desses anos, a Cracolândia tem mudado de lugar físico, sem, no entanto, perder suas características fundamentais. Da década de 1990 até os dias de hoje, a cada ação policial de higienização do Centro, ou a cada início de mandato dos governos estadual e municipal, com promessas de “resolver o problema da Cracolândia” ocorre um deslocamento territorial da concentração das pessoas que usam crack na região central de São Paulo. Esse deslocamento atende a interesses econômicos, urbanísticos e sociais que não serão aprofundados ao longo desta dissertação. Não temos a pretensão de relatar aqui a história do bairro dos Campos Elísios e suas relações de desigualdades sociais, bem como também não pretendemos fazer um registro histórico ou geográfico dos locais pelos quais a Cracolândia já passou.

A Cracolândia não se limita a algo físico, pois a levam para onde forem; nem tampouco se resume propriamente ao uso de crack, que é apenas uma figura numa situação. Os usuários estabelecem relações mais amplas com moradores de rua, comerciantes, prostitutas, camelôs, etc. (FRUGULI & SPPAGIARI, 2010, p. 15)

Magalhães (2015) relata as mudanças geográficas da Cracolândia ao longo dos últimos 12 anos e também as mudanças nas características urbanísticas do território nesse período. O que se nota ao pesquisar a Cracolândia nesse período é que, apesar de haver uma mudança no local que ocupa, suas características determinantes mantêm-se as mesmas, havendo, portanto, a consolidação de um “território em movimento” caracterizado pelo desordenamento físico e simbólico. Os moradores da Cracolândia denominam aquele espaço como “fluxo”. O nome fluxo faz referência às coisas que não permanecem no seu lugar, às mobilidades e expansões variadas, ao deslocamento de uma coisa no tempo, de um lugar para outro.

Perlongher (1986) usa o conceito de territorialidades marginais como “redes de sociabilidade”, alternativas à cultura oficial, para definir identidade sexual, mas pode ser aplicado ao morador do fluxo, entendendo que o território não é meramente geográfico, à medida que opera como fator determinante no comportamento dos habitantes.

Os territórios marginais têm como modelo de territorialidade não uma ocupação física de espaços, mas como um investimento codificado itinerante que podem se desfazer e refazer conforme os fluxos da ‘moda’, uma codificação que não só nomeia lugares mas inscreve ali mesmo um código de sociabilidade que nomeia e constitui sujeitos. (SILVA, 2015, p. 40)

Perlongher (2005) cria o conceito de territorialidade itinerante estudada como espaço simbólico constituído de modos de vida e de redes sociais a partir das quais os sujeitos se

constroem onde não se subscreeve a uma fixação residencial e que tem a ver com certa persistência ou insistência no nomadismo urbano. Esse conceito vai sendo apropriado por pesquisadores dessa cena de uso.

A Cracolândia constitui uma territorialidade itinerante. O que significa situá-la numa certa área urbana, mas sujeita a deslocamentos mais próximos ou mais distantes, a depender do tipo de repressão ou intervenções exercidas, além das dinâmicas de suas próprias relações internas (FRUGULI & SPPAGIARI, 2010, p. 3).

A partir disso, entendemos que a construção da Cracolândia emerge sem um território propriamente fixo, ainda que isso não signifique que esteja deslocalizado e se “corporifica nos usuários ou consumidores de crack, que não são os únicos atores desse espaço, mas sem dúvida constituem os principais alvos de uma série de práticas de intervenção, mediação ou controle” (FRUGULI & SPPAGIARI, 2010, p. 16).

A Cracolândia, a partir da concentração de uma população moradora de rua e usuária de substâncias psicoativas que está sujeita a deslocamentos que variam de acordo com a repressão e a intervenção exercidas, além das dinâmicas das relações internas, se constitui como um território marginal ou itinerante, com tantos personagens e interesses envolvidos, e atrai pessoas que usam psicoativos, moradores de rua, pesquisadores acadêmicos, militantes dos Direitos Humanos e representantes do poder público, para uma disputa de projeto e de intervenção naquela realidade.

A interação cotidiana na Cracolândia é feita, de um lado pela repressão e segurança e de outro pela assistência médica, social e direito à saúde. Ambas constituem as principais atividades estatais no local que, muito longe de atuarem conjuntamente, tem suas relações pautadas por desentendimentos, disputas, desacordos tanto profissionais como políticos. (RUI, 2012, p. 25).

Cabe aqui ressaltar que a história das políticas públicas nesse território é marcada por essa disputa de projetos, onde os governos estadual e municipal, a depender de suas gestões, hora trabalham juntos, em consonância com relação ao projeto de intervenção, seja para o bairro, seja para o problema de concentração de moradores de rua, pessoas que usam crack e outras substâncias ilícitas e hora trabalham com perspectivas completamente diferentes, em alguns casos até opostas quanto à intervenção naquela região.

2. A REDUÇÃO DE DANOS, A POLÍTICA PÚBLICA E A CRACOLÂNDIA

2.1 A política pública de Redução de Danos no Brasil

Com a chegada da AIDS ao Brasil e o alto índice de infecção entre usuários de psicoativos injetáveis, no final da década de 1980 alguns municípios como Santos, Porto Alegre e Salvador tiveram a iniciativa de construir programas de redução de danos e troca de seringas para essa população. A iniciativa foi muito criticada pelo governo federal, dificultando a sustentabilidade dos mesmos, e alegando que tais estratégias se configuravam como apologia ao uso de substâncias psicoativas. No caso de Santos, o Ministério Público chegou a abrir inquérito e processo judicial contra o Secretário de Saúde e o coordenador do Programa Municipal de AIDS daquele município, obrigando o fechamento de tal programa.

Em 1994, o Ministério da Saúde reconheceu a redução de danos como estratégia de saúde pública (MACHADO e BOARINI, 2013), pois alinhava-se aos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) de defesa dos direitos dos usuários, da universalidade do acesso à assistência e da descentralização do atendimento (BRASIL, 2005). Outras estratégias foram criadas para garantir o direito ao acesso à saúde e à prevenção de doenças entre usuários de psicoativos injetáveis pois, para além da disposição de seringas estéreis descartáveis, de uma providência material, pensava-se as relações sociais que faziam com que usuários de psicoativos injetáveis limpassem ou deixassem de compartilhar seringas e a redução de danos vai se construindo como fundamental na politização do debate e democratização das abordagens sobre psicoativos ilícitos.

Com o aumento do número de pessoas infectadas pelo HIV surge a necessidade da formulação de Políticas Públicas específicas para essa população, buscando não só ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, como também a ampliação das políticas de prevenção e educação em saúde. Nesse contexto inicia-se uma campanha maciça sobre o uso de preservativos e sua distribuição gratuita, bem como os projetos de prevenção voltados às populações-chave¹⁰. Na formulação da política pública, os estados e municípios criam, dentro

¹⁰O conceito de população-chave foi-se desenvolvendo e aprimorando ao longo dos anos. Num primeiro momento, entendia-se a necessidade de prevenir a contaminação infecção de por HIV entre pessoas que pertenciam a “grupos de risco”. Em seguida, àquelas que tinham “comportamento de risco”. Ambos, esse conceito foram sendo questionados por fortalecer estigmas e desconsiderar as determinações sociais que levavam alguns grupos sociais a estarem mais vulneráveis à contaminação infecção pelo HIV., Ayres (XXX) desenvolve, a partir daí, o conceito de vulnerabilidade, levando em conta que determinados grupos sociais, inseridos em determinada classe social, apresentavam maior vulnerabilidade frente à exposição e contaminação infecção de por HIV. Ao longo dos anos, esse conceito foi amadurecendo, e hoje o Ministério da Saúde (MS, 2018) pauta a formulação de suas políticas públicas no conceito de população-chave, entendendo que determinados grupos sociais apresentam prevalência desproporcional de infecção pelo HIV quando comparado à população geral e tem suas vulnerabilidades

das secretarias de Saúde, os Programas de AIDS para formularem, implementarem e supervisionarem as ações do Estado ao controle da epidemia de HIV/AIDS. O primeiro Programa Estadual de AIDS foi criado em 1983, em São Paulo, e o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV e das Hepatites Virais – atualmente Departamento de Doenças de Condições Crônicas (DCCI) passa a trabalhar para oferecer cuidado integral, universal e equânime no sentido da superação da invisibilidade de alguns segmentos populacionais (MS, 2018).

Em 1997, o Governo do Estado de São Paulo promulga a lei estadual 9.758/97, que regulamenta e legaliza distribuição e troca de seringas como estratégia para prevenção à infecção por HIV inaugurando a aceitação de políticas de ações de redução de danos já formuladas no cenário internacional, como um movimento que não se coloca nem contra nem a favor do uso de psicoativos, mas pensa o contexto dos usos, considerando que apenas um pequeno número de pessoas faz uso de maneira danosa a si, às suas realidades, à sociedade.

Foram as epidemias de IST que justificaram a introdução da redução de danos nas abordagens de saúde sobre o consumo de psicoativos e na própria legislação de drogas, uma vez que era preciso o reconhecimento dessa medida para que os agentes de saúde não fossem tomados como incentivadores do consumo de drogas. (BRITES, 2015)

E a redução de danos se configura em um marco para a Saúde Pública, pois as suas ações contribuem para a inclusão dos usuários de psicoativos em um sistema que almeja equidade. Cabe aqui ressaltar que, na história da redução de danos no mundo e no Brasil, acentua-se seu caráter pragmático, que visa construir ações de cuidado e de prevenção sem o devido questionamento ou confrontação com a política proibicionista, limitando a redução de danos ao campo da saúde e da assistência como uma forma de lidar com a questão de saúde dos usuários de psicoativos sem questionar os valores morais que determinam a legalidade ou ilegalidade de determinadas substâncias psicoativas, bem como as determinações sociais que interferem no uso de psicoativos dos indivíduos sociais.

Nos anos 2000, as mudanças no perfil epidemiológico do HIV/AIDS e a diminuição do financiamento a projetos autônomos indica a necessidade de incorporação e expansão do SUS aos Programas de Redução de Danos (PRD). Em 2001, a III Conferência de Saúde Mental, que tinha como fundamento o respeito aos Direitos Humanos, bem como os princípios de diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica na perspectiva da criação de uma rede de serviços e atenção aos usuários de substâncias psicoativas sob a lógica antimanicomial que evitasse a internação

aumentadas por fatores estruturais da sociedade. Dentre esses grupos encontram-se a população negra, moradora de regiões periféricas, profissionais do sexo, usuários de substâncias psicoativas e a população LGBTQI+.

em hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas (PINHEIRO, 2017), incorpora RD para Álcool e Outras Drogas. Esse foi o período em que houve o deslocamento da RD da AIDS para a Saúde Mental, sendo que programas de redução de danos migraram do campo exclusivo das IST, passando a ser responsabilidade da assistência em Saúde Mental. Ainda assim, o município de São Paulo cria, em 2002, os projetos de prevenção baseados na educação entre pares¹¹. Dentre eles está o PRD Sampa, objeto de nosso estudo e cuja trajetória falaremos a seguir, ainda neste capítulo., mas podemos adiantamos que as políticas públicas de prevenção em ao HIV, fundamentadas na educação entre pares, têm como princípios a melhor integração dos serviços de prevenção e tratamento para pessoas que usam substâncias psicoativas e o envolvimento significativo de pessoas que vivem com HIV e usam psicoativos no planejamento, implantação, monitoramento e avaliação das intervenções. (UNODC, 2019)

A partir de 2003, a redução de danos é incorporada oficialmente como medida de Saúde Pública pelo Ministério da Saúde para o campo da Saúde Mental. E a partir de 2004, a AIDS deixa de ser foco da redução de danos e o crack assume esse lugar. No entanto, no campo da prevenção para ao HIV e às ISTs, ainda há não só a presença dos PRDs nos serviços públicos, como também o financiamento de projetos de organizações da sociedade civil Sociais ligadas à RD a partir dos Programas Nacionais, Estaduais e Municipais de IST, HIV/AIDS, ISTs e Hepatites Virais. Ou seja, apesar do foco da redução de danos estar voltado, nos anos 2000, estar voltado para as Políticas de Saúde Mental, os Programas de prevenção em ao HIV não deixaram de investir na redução de danos como estratégia de prevenção. Essa manutenção dos PRDs se dá pelo fato de, no Brasil, a epidemia de HIV vir se concentrando nas regiões mais pobres do país e afetando segmentos mais excluídos (Brites, 2006), dentre eles os usuários de psicoativos.

Em 2005, a Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SENAD) incorpora a redução de danos em sua política. Nesse momento, inicia-se uma disputa de projeto políticos e ideológicos no campo da saúde mental no Brasil. Brites (2015) diz que “a *Política de Álcool*

¹¹ A educação entre pares consiste em promover a prevenção e a educação em saúde a partir de sujeitos que tenham alguma identidade com a população cujo projeto almeja alcançar. Entende-se que cada segmento da população-chave tenha especificidades em sua realidade, e, portanto, as estratégias de prevenção devem ser pensadas a partir dessa singularidade. Entende-se também que, para acessarmos populações em extrema vulnerabilidade e que sofrem muitos estigmas, é necessário um agente de prevenção que “fale a mesma língua” que a população a ser acessada, assim como é necessário que esse agente tenha uma inserção no campo a ser realizada a prevenção e conheça a realidade na qual devemos intervir. Nesse sentido, prioriza-se a contratação de travestis, por exemplo, para fazer a prevenção entre essa população, assim como, no caso da redução de danos, prioriza-se a contratação de redutores de danos que sejam usuários de psicoativos e tenham alguma inserção e identidade com as cenas de uso na qual realizássemos o trabalho de campo.

e Outras Drogas do Ministério da Saúde de 2004 revela convivência contraditória e velada entre duas perspectivas antagônicas: saúde coletiva e proibicionista”. Nessa relação, a Saúde Coletiva se subordina ao proibicionismo. De um lado, a Guerra às Drogas, sob a perspectiva da abstinência total e os modelos manicomiais ou hospitalocêntricos de tratamento da população usuária de psicoativos. De outro lado, a Reforma Psiquiátrica, a reestruturação dos serviços de saúde mental na perspectiva do cuidado em liberdade e integrado com a sociedade e a redução de danos, ainda entendida nesse momento apenas como estratégia de prevenção. Aprofundaremos esse assunto mais adiante, quando falarmos da política de redução de danos no território da Cracolândia.

Entre 2011 e 2014, o Governo Federal institui o programa “*Crack, é possível vencer*”, que segue os mesmos moldes do programa anterior, ainda focado na meta da abstinência e na compreensão do crack como uma epidemia que precisa ser combatida. De 2014 a 2016, o governo paulista estabelece o maior programa de governo pautado na redução de danos da América Latina, o (O Programa *De Braços Abertos* - (DBA), que conta com um aparato de serviços e estratégias de tratamento em liberdade e uma equipe especializada para o cuidado pautado na redução de danos dos usuários de crack do centro de São Paulo, cujos detalhes do programa serão abordados ainda neste capítulo.

Em 2017, com a eleição de entrada do Governo João Dória ao governo paulistano, declara-se o fim da redução de danos como política de álcool e drogas no município de São Paulo, havendo um desmonte da política da gestão anterior e uma série de medidas repressivas para com a população usuária de psicoativos, em particular, aos moradores da região da Luz e da Cracolândia, e em 2019, com a eleição do Presidente deputado federal Jair Bolsonaro à presidência da República e de João Dória pra ao Governador do Estado de São Paulo, mais um retrocesso no campo da Política Pública de redução de danos é presenciado. Atualmente está em tramitação no Congresso Nacional e no Senado ao Projeto de Lei PL37nº 37/2013, que prioriza o tratamento através de internações em comunidades terapêuticas, extinguindo a redução de danos do campo da saúde mental no Brasil. Esse é um momento de retrocesso e de perda de espaço para a discussão da redução de danos no campo da política pública de saúde mental., e Recentemente, foi aprovada a Lei 11.343/06, do Deputado Federal Osmar Terra, que tem como principal proposta a internação compulsória de dependentes químicos e o , fortalecimento das CTs comunidades terapêuticas a partir do aumento do financiamento e isenção tarifária das mesmas.

No que tange as políticas públicas voltadas para prevenção e tratamento doe HIV, a OMS estabelece como meta o chamado 90-90-90 que consiste em 90% das pessoas com HIV

diagnosticadas, 90% das pessoas que sabem que têm HIV em tratamento e, 90% das pessoas que em fazem tratamento com supressão viral (carga viral indetectável). E as intervenções essenciais para prevenção, tratamento, apoio e cuidados do HIV são: distribuição de preservativos e lubrificantes;; testagem;; programa de troca de seringas e outros insumos;; terapia antirretroviral;; tratamento à dependência química;; prevenção, diagnóstico e tratamento de ISTs, hepatites e tuberculose;; educação em saúde para usuários de drogas e; prevenção e combate à overdose (UNODC, 2019).

Os Projetos de Redução de Danos ligados aos Programas de controle das IST e do HIV/IST/AIDS constituem-se em uma estratégia ator importante na atuação com as populações vulneráveis no campo da prevenção ao HIV.

2.1.1 O PRD SAMPA

Os Projetos Programas de Redução de Danos (PRD) surgem na política pública brasileira voltados para a prevenção do HIV em no início dos anos 2000. Antes desse período, entre 1992 e 1996, há maior participação dos poderes públicos que gera reestruturação do programa brasileiro de controle da epidemia de HIV/AIDS PNAIDS e busca de financiamento com do Banco Mundial como parte da estratégia brasileira nacional para responder à epidemia de HIV/AIDS. A participação se dava a partir de militantes e pesquisadores da área da saúde, que entendiam ser necessária a participação da população e um alto investimento em prevenção para que a política pública tivesse resultados efetivos no combate à epidemia de HIV/AIDS. A partir de 2003, PNAIDS o atual Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) começa a contar com recursos governamentais para financiamento desses projetos, como condição e contrapartida do governo ao financiamento do BIRD Banco Mundial para as ações voltadas ao combate à epidemia de HIV/AIDS no Brasil (DOMANICO, 2006). Entendia-se que a população LGBTQI+ e os usuários de psicoativos, que ao alterar a percepção, facilita o sexo desprotegido (RUI, 2012), eram aos grupos populacionais que estavam mais expostos ao risco de contaminação infecção do HIV e, portanto, iniciam-se projetos de prevenção e educação em saúde voltados para essa população.

Num primeiro momento, os PRDs eram realizados executados por organizações não governamentais (ONG)S a partir de financiamento público ou vínculo com pesquisas com universidades. Esses projetos entendiam que a RD deveria ser incorporada à política pública e assumiam posicionamento político de que a rede pública deveria implementar programas de redução de danos em seus equipamentos de saúde (BRITES, 2006), algo que se consolidou em

São Paulo a partir de 2003. A incorporação dos PRDs por parte da política pública no município de São Paulo acontece na mesma lógica dos projetos das ONGS em termos de financiamento e execução.

A atuação do PRD se dá a partir da ida dos redutores de danos a campo (cenas de uso de substâncias psicoativas com alta concentração de pessoas) e tem como objetivo entrar em contato com as pessoas que usam psicoativos em seu próprio contexto de uso. O redutor de danos é o agente de saúde que realiza o campo nos PRDs. Via de regra, são pessoas especialmente treinadas nas abordagens e estratégias de redução de danos e. Normalmente são pessoas que fazem parte da rede de interação social dos usuários de psicoativos, das comunidades locais da área de atuação dos PRDs ou são os próprios usuários de psicoativos. Os redutores de danos têm, em geral, como perfil, serem gays, lésbicas, transexuais, moradores da periferia e militantes de movimentos antiproibicionistas, de direitos humanos, etc. (RUI, 2012)

A profissão de redutor de danos ainda não foi regulamentada no Brasil, e isso traz algumas questões complexas para a realização e continuidade do trabalho. No caso do PRD Sampa, os redutores de danos são cadastrados no projeto como voluntários que se comprometem a realizar uma carga horária de oito⁸ horas semanais e, para isso, recebem uma ajuda de custo de R\$ 500,00. O fato de serem voluntários e receberem uma ajuda de custo, faz com que seja difícil garantir uma flexibilidade no tempo disponível desses redutores de danos para a realização do campo (muitas vezes o redutor de danos conta com outros dois² ou três³ trabalhos precarizados para poder compor sua renda mensal), e a pouca carga horária também prejudica no nível de comprometimento possível para a continuidade do trabalho. Não pretendemos nos aprofundar sobre o tema, mas sentimos a necessidade de apontar que o cadastro dos redutores de danos como voluntários representa uma precarização do trabalho, típica da sociedade capitalista contemporânea, e na ausência de garantia de direitos trabalhistas para essa categoria de agentes de saúde do Estado.

Os PRDs fundamentam-se em dois paradigmas de prevenção ao HIV. O primeiro,^{1º} baseado na ação política e cultural e o 2º segundo, na intervenção comportamental, que busca ter uma precisão em sua ação e que está baseada em noções de Saúde Pública bem estritas. Na medida em que a redução de danos foi perdendo espaço na esfera política da discussão sobre o uso de psicoativos, com a entrada de governos conservadores nas esferas Federal, Estadual e Municipal (no caso de São Paulo), as mudanças de paradigmas quanto à compreensão sobre o uso de psicoativos têm consequências diretas na atuação dos PRDs, causando despolitização da prática desses programas e, criando ações mais diretivas e menos ativistas, chamada por Galvão

(2000) de “ditadura dos projetos”. Ao longo da implementação dos PRDs no Brasil, houve uma falta de investimento na dimensão política dos PRDs e isso é consequência da ditadura dos projetos, onde as equipes tiveram que responder tecnicamente ao financiamento havendo então pouca valorização na organização política (DOMANICO, 2006). Por serem aparelhos estatais, os PRDs encontravam-se inseridos num contexto institucional que impunha obstáculos à militância dos redutores de danos, como veremos a seguir, ao discutirmos a política de redução de danos na Cracolândia nos dias de hoje.

Os PRDs apostam num modelo de atenção menos drástico, mais respeitoso com o usuário, entendendo que este merece obter informações detalhadas sobre os riscos à saúde decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Os PRDs desenvolvem estratégias que visam promover um contato entre os usuários e as instituições de saúde com o objetivo de difundir noções básicas de preservação da saúde, prevenção de doenças e busca da consolidação de direitos de cidadania. (BRITES, 1999)

os PRDs representam uma estratégia essencial à aproximação de usuários de drogas reticentes a buscar ajuda nos serviços de saúde. Programas funcionam como ponte para diferentes modalidades de tratamento (Bastos, 2003 IN Fonseca & Barros, 2005).

A ida a campo justifica-se por entendermos que as pessoas que usam psicoativos em geral e principalmente pessoas que usam crack, têm mais dificuldade de serem acessadas pelos canais tradicionais dos serviços de saúde (RUI, 2012), e quando o fazem, se dá pela procura de tratamentos tradicionais de saúde para a questão do uso abusivo dos de psicoativos. Ao realizar abordagem às pessoas que usam psicoativos em sua cena de uso, objetiva-se criar um vínculo com esse usuário de maneira que se possa trocar conhecimentos e refletir juntos sobre práticas mais seguras do uso de psicoativos e de cuidados com a saúde, sem que para isso seja necessário ter a abstinência como meta a ser alcançada. A prevenção pode ser realizada em três níveis: primária (com quem ainda não usou o psicoativo), secundária (com quem já experimentou ou usou ocasionalmente com o intuito de evitar uso problemático) e terciária (para quem já apresenta problemas).

A redução de danos pressupõe ações que vinculem os usuários de psicoativos aos serviços de saúde através de ações em educação a saúde e distribuição de insumos básicos para os usuários. A distribuição destes insumos é usualmente feita através da educação entre pares: uma equipe de redutores de danos (pessoas com familiaridade com o contexto de uso de drogas psicoativas e alguma capacitação sobre redução de danos) se deslocam ao local onde os usuários se concentram e fazem a distribuição destes insumos.

O município de São Paulo possui uma rede especializada em IST/-AIDS composta por 24 26 serviços especializados. No ano de 2001 foi implantado o Projeto Programa de Redução de Danos (PRD Sampa), que se caracteriza pela ação em campo exercida por redutores de danos e técnicos da saúde pública. Em 2003, iniciaram-se, no grupo de trabalho “Álcool e outras drogas” (Coordenação Programa Estadual de DST/Aids) as discussões de implantação de Redução de Danos nos serviços de assistência especializada dos municípios do estado.

Ao adotar uma política pública de saúde em Redução de Danos aos usuários de álcool e outras drogas nos Serviços Ambulatoriais Especializados - (SAE), o objetivo foi a promoção de atendimento humanizado por meio de acolhimento ao usuário de drogaspsicoativos, facilitação ao agendamento de serviços de saúde e o estabelecimento de vínculos para a promoção da saúde.

A partir da análise dos dados epidemiológicos (Boletim Epidemiológico de Aids do município de São Paulo, 2003) foram eleitos dois SAE (Campos Elísios e Vila Prudente) para o início desta proposta. Foram realizadas reuniões com os profissionais, além de um diagnóstico situacional por meio da aplicação de um questionário e, por fim, foi realizado um treinamento de sensibilização junto aos agentes, redutores de danos do equipamento de saúde em questão.

Desde a sua origem até o período de hoje, o PRD Sampa sofreu uma série de mudanças, bem como experimentações e pesquisas. O PRD Sampa do SAE Campos Elísios trabalha neste território há 15 anos, sendo uma das primeiras equipes de saúde a acessar essa população, em articulação com as outras equipes de saúde. O PRD Sampa conta com uma equipe de 10 dez redutores de danos que realizam visitas de campo para abordagem dos usuários de psicoativos desta região. A abordagem consiste em ações de informação à saúde, vínculo e acompanhamento do usuário no SAE, diálogo sobre o uso das substâncias psicoativas, estratégias de saúde, distribuição de preservativos e outros insumos aos usuários.

O trabalho desta equipe é desenvolvido por meio de reuniões semanais da equipe com a supervisão, em que acontecem são travadas discussões sobre o trabalho de campo, a construção de estratégias de atuação que superem as dificuldades apresentadas e capacitações sistemáticas em redução de danos, saúde sexual e prevenção de doenças. A supervisora também realiza supervisões *in loco*, indo a campo com a equipe a fim de acompanhar mais de perto a realidade de trabalho dos redutores e se instrumentalizar para a promoção de novas ações.

Atualmente, os Programas Nacional, Estadual e Municipal (no caso de São Paulo) e o trabalho do PRD Sampa está pautado nas diretrizes da OMS, que desde 2017, passam a construir as políticas de prevenção à contaminação infecção do por HIV a partir de um conjunto de estratégias chamada de Mandala da Prevenção Combinada, “que preconiza a oferta conjugada

e individualizada de diferentes intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, a depender da necessidade e concordância de cada pessoa” (MS, 2018, p. 10). A premissa básica é a de que estratégias de prevenção devem observar os diferentes focos, levando sempre em consideração as singularidades dos sujeitos e as especificidades dos meios em que se situam.

2.1.2 Redução de Danos e Prevenção Combinada

A Mandala da Prevenção Combinada, consiste em um conjunto de estratégias de prevenção que devem ser ofertadas pelos serviços de saúde, entendendo que cada indivíduo se encontra em uma realidade social distinta e possui uma singularidade que deve ser levada em conta. A Prevenção Combinada tem como objetivo pensar em estratégias singulares de prevenção, sob o pressuposto da equidade. Ela surge a partir do entendimento de que o uso do preservativo como principal estratégia de prevenção ao HIV possui limitações e esgotamentos e que isso não pode ser impeditivo para a prevenção à infecção pelo HIV por parte dos indivíduos que não consigam aderir a essa estratégia. A Mandala de Prevenção Combinada surge a partir do desenvolvimento de outras estratégias e tecnologias biomédicas que começam a se mostrar efetivas e disponíveis para a população e a orientação, por parte das diretrizes do Ministério da Saúde é de que esse conjunto de medidas comportamentais e biomédicas podem e devem ser usadas de forma combinada. (SES-SP, 2017)

Preconiza-se que a Prevenção Combinada deve ser vista como estratégias de prevenção diferentes que podem ser adequadas aos diferentes diversos momentos de vida dos indivíduos, levando em conta a realidade e a possibilidade da pessoa. Orienta-se que os profissionais de saúde não devem prescrever ou impor as possibilidades de prevenção oferecidas pela mandala e que a discussão e decisão deve ser sempre do indivíduo, levando-se em conta o respeito aos Direitos Humanos e à autonomia. No manual de orientação da Mandala de Prevenção Combinada (SES-SP, 2017), ressalta-se a importância do aconselhamento como espaço de diálogo, oferta das estratégias de prevenção e decisão em conjunto com o usuário sobre quais dessas estratégias são mais adequadas para aquele indivíduo no seu atual momento de vida. O aconselhamento deve lidar com a orientação sexual e identidade de gênero desses indivíduos de maneira a apoiar e fornecer informações para que o usuário reflita e escolha as formas mais seguras possíveis de exercer sua sexualidade.

Há, portanto, o destaque para a necessidade dos(as) profissionais de saúde superarem práticas de orientação preconceituosas e estigmatizantes, e sair da posição de “dono do saber”, que vai dizer para ao indivíduo como ele deve se comportar em sua prática sexual. O

profissional deve respeitar e considerar a trajetória e o momento de vida de cada pessoa, as situações, valores e contextos sociais vividos pela mesma, considerando sempre que o usuário tem autonomia para escolher o que é melhor para ele.

Na Mandala da Prevenção Combinada são ofertadas as seguintes estratégias de prevenção:

- **Testagem de HIV e Sífilis:** essa estratégia está de acordo com as metas 90-90-90 e consiste em ampliar a capacidade dos serviços de saúde em realizar teste rápido na população, mas principalmente as ações chamadas extramuros, onde os serviços de saúde vão até os territórios com maior índice de vulnerabilidade e concentração de jovens para realizar o teste rápido *in locou*. Atualmente, tem feito parte dessa estratégia a distribuição de auto-teste, na perspectiva de romper as barreiras impostas pela demora no atendimento, bem como pelo desconforto que algumas pessoas têm de passar pelo aconselhamento para conseguir realizar a testagem. O teste rápido realizado na comunidade oferece oportunidade de entrega imediata dose resultados. Isso pode ser de extrema importância para pessoas em situação de rua, onde a principal fonte de envolvimento pode ser por meio do trabalho de campo, em vez de esperar que elas se apresentem em um local específico de testagem. (UNODC, 2019, p. 25)
- **Profilaxia Pós-Exposição (PEP):** é uma estratégia de prevenção que consiste no uso de antirretrovirais em até 72 horas após uma possível exposição ao HIV. O usuário chega ao serviço e realiza um teste rápido de HIV com o intuito de se saber o seu status sorológico do mesmo no momento da exposição, se der negativo, o usuário toma a medicação durante 28 dias e retorna ao serviço de saúde para repetir os exames. É importante dizer que se o usuário estiver em janela imunológica (período de 30 dias após possível exposição ao HIV) nem o teste rápido nem a medicação serão efetivas no sentido de diagnosticar e prevenir o contágio a infecção.
- **Profilaxia Pré- Exposição (PrEP):** é uma estratégia de prevenção que também utiliza os antirretrovirais, porém antes que ocorra a exposição ao HIV. Na PrEP, o usuário toma a medicação de forma contínua e diária, de forma que, caso ocorra uma exposição, os medicamentos já presentes no organismo impediriam a infecção pelo HIV. A PrEP pode ser uma boa estratégia para pessoas que estão em grande vulnerabilidade e que têm grande dificuldade no uso de preservativos. Cabe aqui ressaltar que o uso da PrEP não funciona como prevenção para outras ISTs.

- **Tratamento Como Prevenção:** O tratamento aqui é entendido como prevenção na medida em que, ao realizar o tratamento de maneira contínua e adequada, o indivíduo infectado pelo HIV positivo pode diminuir sua carga viral a um número tão pequeno que é considerado indetectável. O indivíduo com carga viral indetectável que faz o uso correto e contínuo dos antirretrovirais não transmite o HIV se tiver alguma relação sexual desprotegida. O tratamento é entendido como prevenção na medida em que, a partir da carga viral indetectável, não ocorre a transmissão, funcionando como uma barreira para o surgimento de novos casos.
- **Exames de HIV, sífilis e hepatites no pré-natal:** essa estratégia de prevenção tem como objetivo o diagnóstico precoce de gestantes de maneira a garantir uma diminuição no índice de transmissão vertical do HIV das mães para seus filhos. Ao ser diagnosticada durante a gestação, a mulher pode iniciar o tratamento e garantir que o bebê não se contamine infecte com a troca de fluídos da placenta e com o processo de amamentação (não recomendada a mães soropositivas para o HIV).
- **Diagnosticar e tratar outras ISTs:** é parte da política de prevenção o diagnóstico e tratamento de outras ISTs, entendendo que as populações-chaves não são apenas vulneráveis ao HIV mas também a outras infecções, que apesar de curáveis e não serem letais, apresentam riscos e danos preocupantes à saúde de maneira preocupante.
- **Distribuição de preservativos internos, externos e gel lubrificante:** a distribuição de preservativos e gel continua sendo a estratégia mais efetiva na prevenção à infecção do por HIV, pois é uma prática de prevenção que também evita a infecção de outras ISTs e funciona como método contraceptivo. Defendemos aqui a mudança na forma como se denominam os preservativos e propomos que se chame de preservativo externo (que hoje se chama de preservativo masculino) e preservativo interno (o chamado preservativo feminino). Defendemos essa mudança na nomenclatura por entender que nas práticas sexuais realizadas pelas inúmeras identidades de gênero possíveis, limitar o nome do preservativo ao gênero pode se colocar como uma barreira na universalização de seu uso. Na prática vemos que muitos homens ou mulheres trans utilizam o preservativo interno na prática do sexo anal, e que essa possibilidade de uso não é amplamente conhecida ou divulgada pela falta de identidade de gênero entre essas populações na nomenclatura atualmente utilizada. A distribuição de gel lubrificante é de extrema importância não apenas para a população de homens que fazem sexo com homens, mas entre a população geral também, pois o uso de gel lubrificante associado

ao preservativo reduz os riscos de cortes e fissuras na vagina e no ânus, evitando assim a infecção não apenas do HIV e de outras ISTS, mas também proporciona o um aumento do prazer possível nas relações sexuais realizadas com o uso do preservativo.

- **A Redução de Danos:** a redução de danos está incluída na mandala da prevenção combinada pelo fato das populações usuárias de psicoativos serem também mais vulneráveis à infecção pelo HIV. Esse é um ponto delicado da mandala, pois na medida em que a política de saúde mental (no caso do Brasil e particularmente de São Paulo) preconiza a intervenção com essa população através da busca pela abstinência, os programas municipais relacionados à prevenção do HIV se encontram numa posição de não entrar no embate com as políticas de saúde mental. Atualmente, essa estratégia de prevenção combinada não está sendo desenvolvida pela prefeitura de São Paulo (essa foi a fala de umas das técnicas do Programa Municipal de HIV/IDST/AIDS ao ser indagada sobre essa questão em uma reunião de técnicos), e a redução de danos tem se configurado como a divulgação e oferta das outras estratégias de prevenção contidas na mandala.; Essa posição retraída dos programas de controle das IST e do HIV/AIDS Prevenção em relação à RD se mostra como um retrocesso na política de redução de danos no que tange a prevenção do HIV, e uma perda de seu caráter histórico de enfrentamento de políticas retrógradas e reacionárias. Entendemos que, segundo a OMS, ao formular essa diretriz, e a própria UNODDCP (2019), em recente material que dá diretrizes quanto à prevenção com usuários de psicoativos estimulantes, há uma compreensão por parte dos gestores de políticas públicas internacionais voltados para a prevenção do HIV que a RD, através da distribuição de insumos, é uma estratégia de prevenção tão importante quanto o diagnóstico e o tratamento do HIV. A política pública brasileira, ao escolher não trabalhar essa estratégia da mandala com o mesmo afinho que trabalha as outras, está fazendo uma escolha política e metodológica que acaba por prejudicar o usuário de psicoativos no que tange a sua vulnerabilidade quanto à exposição e a infecção pelo HIV. Portanto, cabe à gestão e, portanto, aos programas de IST e HIV criarem estratégias de maneira que reincorporem a redução de danos em suas pautas e agendas. A distribuição de preservativos entre os usuários de psicoativos se fundamenta no fato de que “*peessoas dependentes de drogas que trocam sexo por drogas podem ter menos poder e controle sobre as interações sexuais*” “ (UNODC, 2019). Entendemos aqui que a distribuição de outros insumos como kits de cachimbos, protetores labiais, para usuários de crack e kits com insumos e informações sobre o uso seguro de cocaína aspirada, são fundamentais para a incorporação de práticas de uso

mais saudáveis e a reflexão sobre os riscos e danos secundários que os usuários de psicoativos podem ter em sua saúde.

Do nosso ponto de vista, a Mandala da Prevenção Combinada se coloca como um avanço para a política pública de prevenção à infecção por HIV na medida em que pensa novas estratégias, levando em conta as possibilidades e limites de cada indivíduo, bem como o momento de vida no qual esse está inserido. Porém, nos atentamos para o fato de que metade da mandala está composta por estratégias de uso de medicamentos como estratégia de prevenção., No entanto, e nos permanece a indagação do quanto essa forma de pensar a prevenção não representa uma medicalização da vida e um forte incentivo gerador de grandes lucros para a indústria farmacêutica. Entendemos também que o uso de medicamentos para a prevenção do HIV diminui a visibilidade e a importância de se pensar em estratégias de prevenção para outras ISTs e o risco dessas infecções se consolidarem como novas epidemias.

Essas estratégias de prevenção estão voltadas para uma parcela específica da população sexualmente ativa. Pois sabemos que para se fazer uso contínuo de um medicamento forte e potente como o antirretroviral, é necessário um nível de estruturação social, bem como de auto-organização que não corresponde a maior parte da população brasileira, se consolidando mais uma vez como um conjunto de estratégias que se dizem universais mas que beneficiam prioritariamente a classe burguesa.

No que tange os usuários de psicoativos em situação de rua, o grande investimento está na atuação através de políticas públicas higienistas e encarceradoras, que priorizam o investimento em segurança pública mais do que em estratégias de cuidado, como veremos a seguir.

2.2 A Política Pública na Cracolândia

As soluções propostas pelo poder público para o território da Luz, mais especificamente para a expressão da questão social que se manifesta em pobreza, desigualdade, uso abusivo de substâncias psicoativas e alta concentração de moradores de rua que vemos na Cracolândia estiveram sempre em consonância com os interesses do capital, da burguesia e da especulação imobiliária. Ou seja, são ações de intervenção naquele espaço que buscam construir alternativas mais no âmbito do urbanismo do que no da saúde e da assistência para àquela população representante da classe trabalhadora empobrecida. Nesse sentido, o poder público sempre intervém naquele território sob uma perspectiva higienista, cujo objetivo é “acabar com a Cracolândia” a partir da retirada daquela população daquele território, seja inserindo aqueles

sujeitos sociais no sistema carcerário numa nítida política de criminalização da pobreza, seja deslocando a Cracolândia para outra parte da cidade, seja estimulando as pessoas a retornarem aos seus bairros de origem, seja pela oferta de tratamento para a dependência química ou internação das pessoas que usam psicoativos que ali se concentram, ignorando o fato de que a Cracolândia, assim como o consumo de crack, extrapola o campo médico e sanitário, possuindo relações com processos sociais e políticos mais amplos e necessitando mais trabalho social do que intervenção médica, trabalho social.

O crack chega ao centro de São Paulo no início da década de 1990 e o Estado demora a formular uma política pública que atenda a questão. No início dos anos de 2000 começam a aparecer às primeiras organizações não governamentais que atuam na perspectiva da redução de danos com essa população. A primeira organização da sociedade civil que atua nesse território é o Centro de Convivência “É de Lei” (local onde tivemos nosso primeiro contato com a RD e com esse território, em meados dos anos 2000). Esse centro de convivência, que se constitui até hoje como uma referência em RD não só na cidade, mas no país inteiro, atuava com projetos financiados pelo Governo Federal, mais especificamente pelo então Programa Nacional de DST/ HIV/AIDS que recebia uma verba recurso financeiro a fundo perdido da OMS para financiar projetos relacionados à prevenção do HIV, das Hepatites e de outras ISTs com populações vulneráveis.

Nesse momento, a Cracolândia ainda estava em período constitutivo, contando com uma quantidade muito menor de pessoas que usam psicoativos nas ruas e muito menos visibilidade da mídia também. O trabalho dessa entidade organização consistia em alguns redutores de danos irem a campo abordar as pessoas que usam crack para um diálogo sobre o uso. e posteriormente, o “É de Lei” fez parte de um projeto piloto que consistia em distribuir cachimbos de madeira para essa população como forma de incentivá-los a não compartilhar cachimbos nem fumar nas latas.

Aspectos interessantes da interação dos agentes de tais entidades com seu público-alvo, o que envolve basicamente a tentativa de criação de vínculos de reciprocidade mais duradouros através da conversa, de orientações ou da doação de objetos ou folhetos informativos. (RUI, 2016, p. 100)

Na medida em que o uso e venda de crack tornaram-se visíveis nos espaços públicos urbanos, foi aumentando a concentração de moradores de rua que usam crack e se deslocam para a região da Luz, fato que incitou a criação de uma série de aparatos de gestão dos campos da saúde, assistência e segurança. Embora tenha ocorrido um crescimento de ofertas de saúde, também ocorreu um aumento progressivo no número de agentes de segurança e equipamentos

de vigilância na Cracolândia e pouco a pouco o Estado ampliou seus métodos de controle: se antes o discurso se restringia ao campo da segurança e da urbanização, agora também se encarrega das formas de cuidado e das práticas de saúde dos usuários. (Menezes, 2016)

A primeira grande ação do poder público que ganhou visibilidade na mídia e na sociedade civil partiu do então recém-eleito governador Mario Covas e foi denominada *Tolerância Zero*, fazendo referência à política de combate à criminalidade e ao comércio de substâncias ilícitas gerida pela Prefeitura de Nova Iorque York na mesma época. Essa ação consistia em um numeroso aparato policial que circulava nas ruas do bairro da Luz e coibia a permanência das pessoas que usam crack na região. Essa proposta de intervenção estatal teve como único resultado o deslocamento da Cracolândia para as proximidades da Praça Júlio Prestes. Antes da operação *Tolerância Zero*, as pessoas que usam crack ficavam nas ruas Protestantes, Gusmões e Triunfo. Nota-se aqui que, apesar de haver financiamento do Governo Federal para estratégias de prevenção e cuidado com essa população, cabe ao Estado, prioritariamente, a ação repressora e criminalizadora dessa população.

Há ausência de um projeto claro e eficaz de como intervir nessa realidade social, e a consolidação do estigma do usuário de substâncias psicoativas e da construção de um imaginário social que vê não só o uso abusivo, mas também a pobreza como uma “questão de polícia”. Como já sabemos, essas ações repressoras são ineficazes e só aumentam o distanciamento entre as classes subalternas e estigmatizadas e a sociedade como um todo. Na medida em que foi-se aumentando a concentração da população moradora de rua e usuária de crack naquele território, foi-se complexificando a ação do Estado em intervir com o intuito de resolver o “Problema da Cracolândia”.

Nesse período de início dos anos 2000, outros atores e coletivos passam a atuar no território, dentre eles a Pastoral da Mulher Marginalizada, a Comunidade Evangélica Nova Aurora (CENA) e a Cristolândia (Organização da Igreja Batista que oferece vagas em internações). Ainda hoje vemos a forte presença dessas e de outras organizações sociais, grupos religiosos e entidades atuando ali no território, na disputa de projetos políticos acerca da melhor forma de lidar com aquela população. Destacamos que nos parece impressionante o número de igrejas evangélicas com grupos missionários presentes naquele território. É curioso notar que, mesmo entre os evangélicos, há uma disputa acirrada de projetos e modelos de cuidado com a população da Cracolândia, havendo, algumas vezes, uma impossibilidade de um diálogo coletivo entre todos os atores sociais presentes nesse território, ficando evidente que o mais importante ali não é exatamente a população a quem esses projetos se destinam, mas a correlação de forças e disputa de poderes. Esses atores, longe de cooperarem, desenvolvem

propostas distintas, emaranhando-se em inúmeras disputas, concorrendo entre si pelo melhor entendimento do local, pelo mais correto atendimento e encaminhamento das pessoas que usam crack, bem como pelos modos mais adequados de atuar sobre a questão.

[...] grupos religiosos, assistenciais, médicos, de políticas urbanísticas, sanitárias e repressivas, elaboram projetos de intervenção que, de um lado, demonstram o cuidado e a atenção com o indivíduo e sua condição de vida, por outro, retroalimentam a vida na rua, pois as ações aí implementadas são medidas paliativas que resolvem parcialmente os problemas essenciais. (MEDEIROS, 2015, p. 59)

A intervenção estatal no território da Cracolândia, como já dissemos, é marcada pela visão higienista e forte cunho policialesco e repressivo. Mesmo os governos mais progressistas, nunca abandonaram as abordagens repressivas àquela população. Como veremos a seguir.

2.2.1 Operação Limpa (2005)

Como vimos, a intervenção estatal no território da Cracolândia, tem como objetivo principal tirar as pessoas que usam crack e moradores de rua da região, tendo com um caráter higienista, de “limpar a cidade” da sujeira que representam essas pessoas. Essas intervenções respondem a interesses urbanísticos e econômicos e contam com forte aparato repressor e militar. Em março de 2005, mais uma investida governamental do então prefeito José Serra ocorreu naquele território. Foi chamada de *Operação Limpa*. O próprio nome da operação já nos evidencia o caráter higienista que já afirmamos. e que considera a pobreza e a desigualdade como uma praga, uma sujeira, uma doença que precisa ser extirpada das regiões em que a burguesia frequente, denotando o caráter opressor e pouco crítico da leitura que os governos têm acerca da realidade social. A *Operação Limpa* tinha como objetivo limpar a área conhecida como Cracolândia.

Nesse período, as pessoas que usam crack concentravam-se no entrono da Estação da Luz. A Operação consistiu em reprimir, através da violência policial, a permanência dessa população nas ruas do centro de São Paulo, fechando hotéis e migrando pessoas que usam crack para a região da antiga rodoviária e Estação Júlio Prestes. Fez parte da operação também a desapropriação e demolição de vários imóveis sob o argumento de servirem como locais de incentivo à prostituição, venda e uso de psicoativos ilícitos. Notamos aqui, mais uma vez, que a resposta do Estado para essa questão é construir políticas públicas que retomam a lógica manicomial, visando à total abstinência dessa população.

Em se tratando do território, o objetivo da intervenção estatal é a retirada da população dessa região. Porém, não se realiza um projeto político de cuidado com esses indivíduos sociais,

que, antes de mais nada, leve em consideração a situação de miséria e ausência de direitos sociais aos quais essa parcela da classe trabalhadora é submetida. E quando fazem projetos de intervenção em saúde, mais uma vez o foco é a retirada dessas pessoas do local onde vivem, colocando-as em internações em hospitais ou em Comunidades Terapêuticas e exigindo delas a abstinência total. Vemos aqui uma série de direitos que vão sendo sistematicamente violados, violação esta que acontece a partir do Estado, que se desvirtua em sua função de garantir direitos e passa a ser o violador desses direitos que deveria garantir. (Calil, 2015).

No âmbito nacional, nesse período, foi ampliado o financiamento nos termos da Portaria 1059/2005 para essas ações de RD nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e são criadas Escolas de Redução de Danos, com o objetivo de desenvolver ações articuladas à Saúde Mental, Atenção Básica e rede interseccional. Esse projeto demora a se consolidar em termos práticos no território, mas cabe dizer que o CAPS AD-Sé, que atendia nesse momento a região da Luz, inicia um processo de incorporação dessas novas diretrizes em sua prática de intervenção.

Depois da *Operação Limpa*, há um deslocamento de pessoas que usam crack para a Praça Princesa Isabel e a Rua Helvétia, que chamaram de “nova Cracolândia” (Fruguli & Sppagiari, 2010). A Cracolândia enquanto espaço constituído no imaginário social ainda estava em estado, digamos assim, embrionário. Na mídia dizia-se que “a Cracolândia tinha acabado”, ao mesmo tempo, denunciava-se a criação de uma “nova Cracolândia”. Entendemos que a compreensão da Cracolândia ainda estava muito vinculada a um território específico que, ao longo da história e devido aos inúmeros deslocamentos a que esse grupo social foi sendo submetido, amplia-se essa compreensão. Hoje, entendemos a Cracolândia como território itinerante¹², que se constitui mais pela cultura de uso do crack e regras de sociabilidade do que por sua fixidade em um território específico.

A *Operação Limpa* foi muito criticada por urbanistas, juristas e movimentos sociais do campo dos Direitos Humanos exatamente por entender que ações como esta priorizam o cuidado com o espaço público em detrimento do cuidado com as pessoas. Essa era uma época de auge da construção de espaços de cuidado psicossociais para usuários da rede socioassistencial pública de saúde mental. A construção desses espaços dá-se pela vitória da Luta Antimanicomial e a regulamentação de uma legislação que previa a construção de espaços de tratamento e cuidado em liberdade para a população usuária dos serviços de saúde mental, dentre eles, as pessoas que usam psicoativos. Nesse contexto, de 2005 a 2010, a Cracolândia

¹²Conceito desenvolvido por Perlongher (1998) e percorrido por nós no início deste capítulo.

passou a ser o centro das questões sociais, urbanas e políticas contemporâneas, movimentando operações policiais, serviços de saúde e de assistência social dos vários níveis de governo, além de ONGs, igrejas, facções criminosas, ativistas, jornalistas e pesquisadores (RUI, 2016).

Entre 2007 e 2008 houve um aumento considerável do número de pessoas que usam crack para cerca de 200 pessoas, principalmente na região da Rua Helvétia e diminuição da concentração de pessoas que usam crack na Praça Princesa Isabel. Esse aumento demonstra a ineficácia de ações repressoras e policiais. A partir de 2008, o que antes era questão social, passa a ser reconhecido como questão de saúde. Essa intervenção acontece concomitantemente com um projeto de “concepção urbanística” aprovado pela Câmara Municipal na Luz (Fruguli & Sppagiari, 2010). Como já dissemos, a intervenção das políticas públicas no território da Luz atendem, prioritariamente, às demandas da burguesia e das grandes empresas que lucram com a especulação imobiliária e perspectiva de investimentos naquele território. Na medida em que militantes dos Direitos Humanos, juristas e alguns setores da mídia voltam sua atenção para as estratégias adotadas pelos governos para solução do “problema da Cracolândia”, obrigam o Estado a construir outras alternativas que contem com o envolvimento de políticas de saúde e de assistência social pensadas para esse território.

Nessa época, apesar do PRD Sampa já existir enquanto projeto de prevenção do Programa Municipal de IST/HIV/DST/AIDS de São Paulo, sua inserção no território da Luz não se dava de maneira contundente, havendo poucos redutores de danos que focavam suas ações na distribuição de preservativos a moradores de rua da região da Sé.

2.2.2 Ação Integrada Centro Legal (2009-2010)

Em 2009, o mesmo prefeito José Serra executa a operação chamada *Ação Integrada Centro Legal*. Essa Operação contava com a articulação das Secretarias de Saúde, Assistência Social e Segurança Pública e tinha como objetivo proporcionar uma atenção integral aos moradores de rua da região central de São Paulo. Nesse mesmo período, devido ao crescimento do uso de crack, o Governo Federal lança o Plano Emergencial de Ampliação ao Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e Outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010) através da assinatura da Portaria 1190/09 que apresenta um plano com quatro prioridades: ampliação do acesso de usuários de psicoativos a políticas públicas; promoção de saúde; promoção de direitos; enfrentamento do estigma. Escolas de Redução de Danos, são criadas para qualificar redes de serviços para que superem a abordagem única da abstinência. Com a emergência das propostas de redução de danos, a questão do uso de psicoativos passa a ser tratada pelos seus defensores

não como um problema jurídico moral, mas como uma questão de saúde pública (FONSECA e BARROS, 2005).

Era um momento que, na cidade de São Paulo, havia um movimento forte por parte da burguesia, de revitalização do centro. Ali no território da Luz, esse movimento de revitalização acontecia de maneira peculiar. Existia na época uma associação chamada Viva Luz, que tinha como objetivo pressionar o poder público e levantar financiamentos para a revitalização da Região da Luz, através não apenas de prédios públicos e demolição de cortiços e pensões, mas também da construção de empreendimentos imobiliários de alto luxo e transformação daquela região em um pólo cultural e de moradia frequentado pela mais alta sociedade paulistana. Era o auge de investimentos na reforma e construção de pontos de cultura no entorno da Estação da Luz, bem como o fortalecimento de parcerias entre governo estadual e empresas privadas, que recebiam concessões de terrenos e casarões abandonados e realizavam reformas e construções de escritórios com o intuito de ocupar aquela região de maneira pela classe média e, com isso, resolver o problema da alta concentração da população de rua e pessoas que usam de crack que ali permaneciam. (MAGALHÃES, 2015)

A *Ação integrada Integrada Centro Legal* segue o mesmo princípio de dispersão de usuários de crack para outras áreas do centro, retomando certos princípios abrangentes da *Operação Limpa*, mas com outros pressupostos e consistiu na criação de uma equipe de agentes de saúde dando assistência básica de saúde e alguns encaminhamentos de assistência social para a população em seu local de permanência. É um atendimento que corresponde à lógica do *Programa de Saúde da Família*, mas é voltado para a população de Rua do Centro de São Paulo. Criam-se algumas equipes de Agentes de Saúde que recebem uma capacitação para abordagem à população de rua e tem como objetivo, através da oferta do cuidado em saúde e assistência social, retirar a população das ruas do Centro de São Paulo. A proposta do Centro Legal era o rápido encaminhamento das pessoas ao sistema de saúde e para isso foram inauguraram inaugurados três serviços de saúde como porta de entrada: AMA-Boraceia, AMA-Centro e CRATOD¹³ (CALIL, 2015). Contava com um total de 27 Equipes Saúde da Família, 2 CAPS, 1 CAPS Infantil, 1 CAPS AD III, 2 AMAs, 3 UBSs e, 9 Hospitais com vagas garantidas. É importante dizer que todos os três equipamentos de saúde inaugurados para

¹³O CRATOD (Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas) é um equipamento do Estado que passou a funcionar como CAPS AD III, com enfermaria 24 horas para com alguns leitos de desintoxicação e o atendimento psicossocial e ambulatorial para pessoas que usam substâncias psicoativas da região da Luz. Fizemos estágio nesse serviço exatamente nessa época e nosso trabalho de conclusão de curso foi sobre a redução de danos nesse equipamento. Para saber mais, consultar Terra & Zingari, (2005). Esse serviço tem parceria com o Governo Estadual para acesso a vagas em Comunidades Terapêuticas e funciona sob essa lógica de cura da dependência química pela abstinência total até os dias de hoje.

atender às demandas do Centro Legal estão localizados há pelo menos dois quilômetros de onde ficava concentrada a Cracolândia nessa época. Essa informação confirma o fato da intervenção ali naquele território ser voltada para a retirada da população daquele local, pois, ainda que seja ofertada a possibilidade de acesso à saúde e cuidado em liberdade, o usuário teria que se deslocar dali e construir sua rede de apoio em uma territorialidade mais distante da concentração de usuários que se configurava naquele espaço público.

As ações do Centro Legal seguiram acompanhadas de desapropriações e demolições de prédios no local, dentre eles o prédio da antiga rodoviária, transformado em um shopping de artigos populares e clandestinos, o Fashion Center Luz, conhecido na região como Shopping dos coreanos. Nesse período, relata-se a maior concentração de pessoas que usam crack ali no território, mais de mil pessoas que se instalavam em cortiços, hotéis baratos e prédios que haviam sido “lacrados” pela prefeitura dois anos antes e foram inteiramente ocupados através de buracos abertos nos muros. Esse casarão em “L” ficou conhecido pela grande imprensa como “o buraco” e teve grande repercussão na mídia e na sociedade civil na época. (CALIL, 2015)

A repressão policial nunca deixou de acontecer naquele território, e, nessa época, era parte da rotina das pessoas que ali viviam. Os profissionais de saúde e assistência social que ali intervinham relatavam a dificuldade dos serviços em estabelecer interações com pessoas que usam crack e o acesso ao crack mais fácil do que antes em vários locais como responsabilidade da intervenção policial (FRUGULI & SPPAGIARI, 2010). Eles diziam que a ação violenta da polícia gerava uma desconfiança por parte das pessoas que usam substâncias psicoativas para com a equipe de saúde, pois como era possível o agente de saúde trabalhar para o mesmo Estado que mandava a polícia agir de maneira tão desrespeitosa e violenta? Apesar dessa contradição e dessas dificuldades, o saldo positivo do programa foi o aprimoramento da abordagem de rua e as equipes ganhando experiência e credibilidade junto às pessoas que usam crack. (RUI, 2013)

Em 2010, é criado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (PAC do crack), através da assinatura dos decretos 7179/2010 e 7637/2011, que propunha uma rede intersecretarial de atendimento aos usuários de crack, bem como a ampliação de leitos de internação para essa população, ampliação das ações de prevenção e ampliação de recursos de financiamento para capacitação em tratamento ao crack. Aqui, já se visualiza a construção do imaginário social do crack como epidemia, e em termos de saúde pública, a RD se mantém como estratégia de prevenção do uso de substâncias psicoativas.

No território da região da Luz, o CAPS AD que atendia o território na época era o CAPS AD-Sé, que incorpora essas novas diretrizes da redução de danos em sua prática cotidiana e inicia um processo de contratação de redutores de danos e técnicos para atuarem com as pessoas

que usam crack em seu território. Nesse período, a equipe de redutores de danos do CAPS AD, junto com a oficinairos de capoeira, samba e grafite, visitam a Cracolândia diariamente e realizam oficinas e vivência na rua. O PRD Sampa inicia uma intervenção mais articulada no território, realizando idas a campo em conjunto com a equipe do CAPS AD -Sé, no sentido não apenas de fazer um trabalho de articulação de rede, bem como também de aproximar os redutores de danos do projeto de prevenção em ao HIV com os redutores de danos da saúde mental, podendo pensar em estratégias de ação que tenham maior alcance.

A perspectiva do PRD Sampa naquele momento era fortalecer o vínculo entre as instituições e entre os trabalhadores da ponta, pensar junto com a saúde mental possíveis ações para o território, a troca de experiências entre os redutores de danos e também uma possibilidade dos redutores de danos do PRD Sampa aprenderem mais sobre a abordagem na rua da equipe de saúde mental e das possibilidades de intervenção junto àquela população. Era visível a força do vínculo que os redutores de danos e os oficinairos tinham com algumas pessoas que usavam crack e a qualidade do trabalho que ali realizavam ali. Havia um cuidado em pensar o tratamento no CAPS AD para além da permanência do usuário dentro do serviço. Os técnicos, oficinairos e redutores de danos podiam pensar estratégias de cuidado e de vinculação do usuário ao serviço de saúde a partir da realidade experimentada no contexto de uso dos psicoativos, aumentando assim as possibilidades de escuta por parte do usuário, bem como do repertório do redutor de danos ao oferecer alternativas para as questões apresentadas pelo próprio usuário.

Era um momento embrionário do PRD Sampa, no qual acabávamos de assumir a coordenação do projeto e estávamos buscando parcerias no sentido de enriquecer o trabalho do PRD e pensarmos numa ação intersetorial da saúde para a população moradora da Cracolândia e usuária de crack. Percebíamos o quanto a equipe de redutores de danos do PRD Sampa desconhecia das estratégias de RD para o uso de substâncias, e focava sua intervenção na mera distribuição de preservativos. O contato com os redutores de danos do CAPS AD ampliou muito o repertório dos redutores de danos do PRD Sampa quanto as informações sobre a redução de danos para o uso de crack, bem como o conhecimento sobre a cultura de uso naquele território e, inclusive, sobre a compreensão do papel do redutor de danos quando vai ao campo. Ficou evidente a necessidade de capacitações continuadas para a equipe do PRD Sampa, a discussão sobre temas que superassem a questão do uso do preservativo e o contato com outros insumos de redução de danos que eram distribuídos ali e ampliavam a possibilidade de diálogo com as pessoas que usam de crack. A parceria com o CAPS AD e com o Centro de Convivência “É de Lei” também ressaltou a importância do estabelecimento de vínculo com a população acessada, e a compreensão de que a ida a campo não era apenas uma intervenção rápida de distribuição

de preservativos, mas a permanência na cena de uso de maneira a conhecer as dinâmicas que ali se davam, estabelecer vínculos e poder, assim, pensar em estratégias de intervenção, bem como a construção de estratégias singulares de cuidado.

2.2.3 Crack é Possível Vencer (2012)

Em 2012, a presidenta Dilma Roussef institui o Programa “*Crack, é possível vencer*” pela lei 11.343 como a resposta estatal para um apelo midiático que foi se construindo a partir de imagens que exploram uma dimensão do consumo de psicoativos ligada à marginalidade. “A escolha do nome do programa é curiosa, pressupondo a idéia de uma guerra que precisa ser combatida e corroborando com o imaginário de que o crack é uma espécie de inimigo social” (MENEZES, 2016, p. 62) e, ao mesmo tempo, traz como inovação a proposta de uma política de alcance nacional com um eixo estruturado em práticas preventivas.

Esse programa acentua a parceria com comunidades terapêuticas (CT), se apresenta com um caráter mais conservador e deixa clara a disputa hegemônica por modelos de cuidado, que coloca de um lado o proibicionismo e do outro a saúde coletiva, na qual o poder psiquiátrico e o direito penal que se colocam como uma força contrária à RD no Brasil, e encarcerando os usuários de psicoativos ilícitos, hora em hospitais, hora em presídios.

[...] a baixa cobertura da rede pública de atenção integral aos usuários de psicoativos e que, pelo exercício decadente da ideologia do proibicionismo, passam a justificar medidas de exceção, com o recolhimento e as internações involuntárias que ocorreram em 2013 em São Paulo e no Rio de Janeiro (BRITES, 2017, p.163).

Nesse momento vemos um retrocesso na perspectiva da Redução de Danos e da própria Luta Antimanicomial como abordagem para a formulação de políticas para pessoas que usam psicoativos. A parceria com algumas CTs demonstra que, apesar do Governo Federal ser progressista, ainda considera a questão do uso de psicoativos sob a lógica do encarceramento e da Guerra às Drogas.

No município de São Paulo, a adesão ao programa só acontece em 2013, com a eleição de Fernando Haddad para à prefeitura.

2.2.4 Operação Sufoco (2012)

Em 2012, dando sequência às inúmeras tentativas de higienizar o território da Luz e garantir o crescimento da especulação imobiliária e do processo de gentrificação, o prefeito

Gilberto Kassab implanta a *Operação Sufoco*, apelidada pela mídia de “Ação Dor e Sofrimento”. Essa operação consistiu, mais uma vez, em retirar as pessoas que usam crack e moradoras de rua da região central através da violência policial. Essa operação ficou marcada pela truculência em que foi realizada. A cavalaria da polícia Militar e a Tropa de Choque avançavam iam pra cima da a população nas ruas da Cracolândia de maneira impiedosa. Bombas de gás lacrimogênio, tiros de borracha e cassetetes eram os instrumentos de abordagem policial. A orientação da polícia era não deixar que as pessoas que usam crack se concentrassem em canto algum, para gerar com isso um esgotamento e provocar a retirada saída voluntária dessa população do território.

[...] em 3 de janeiro de 2012, região da Luz, centro de São Paulo. A polícia militar inicia uma ação de “limpeza” na região denominada Cracolândia. Em 14 dias de ação, mais de 103 usuários de drogas e frequentadores do lugar foram presos pela polícia, que utilizou cavalaria, spray de pimenta e muita truculência. Em seguida, mais de 30 prédios foram lacrados e alguns demolidos. (ROLNIK, 2007, p. 57)

As equipes de saúde do Centro Legal foram pegadas de surpresa com essa ação, que em nenhum momento foi comunicado às equipes de assistência social e de saúde que atuavam ali que essa ação aconteceria. As ações praticadas ali eram tão violentas que chamaram a atenção da mídia, do Ministério Público e de defensores dos Direitos Humanos, que iniciaram uma larga campanha de crítica e tentativas de barrar a continuidade de tanta violência para com uma população tão vulnerável. Após alguns meses, o Ministério Público abre um inquérito por violação de Direitos Humanos e encerra a Operação. Nos relatórios da Ação Civil Pública conduzida pelo Ministério Público contra o Governo do Estado consta que durante o ano de 2011 houve várias reuniões de órgãos públicos que envolviam o Centro Legal com o Comando Central da Polícia Militar e a Secretaria Estadual de Justiça e Cidadania. O objetivo desses encontros era avaliar e propor alternativas para as intervenções na região da Cracolândia, com o intuito de dar seguimento ao Projeto Nova Luz, mas em nenhuma das reuniões discutiu-se a operação policial. No relatório, o MP conclui que o governo Estadual “atropelou” aquelas iniciativas e não consultou ou avisou em nenhum momento os órgãos de saúde e assistência o que aconteceria em janeiro naquele território. (CALIL, 2015)

Essa atitude arbitrária do Governo Estadual, focado em ações de combate ao tráfico, deixa evidente o quanto a política proibicionista, pautada na Guerra às Drogas prioriza o combate à população que usa psicoativos, justificando essas atitudes a partir do combate ao comércio de substâncias ilícitas e maquiando os verdadeiros interesses de criminalização da pobreza. Como já dissemos, no modelo proibicionista, as ações de cuidado à saúde e assistenciais são colocadas em segundo plano frente a ações militares e violentas. Na *Operação*

Sufoco, o fato de as equipes de saúde e assistência não terem sido sequer avisadas da ação policial é um exemplo concreto de como o Estado coloca as ações policiais e militares em situação de privilégio em relação às ações de cuidado em saúde e assistencial.

É curioso notar que essa ação acontece no começo do ano eleitoral para disputa à prefeitura de São Paulo. Mais uma estratégia com fins eleitorais, que, se não tivesse fracassado absolutamente, seria usada por Kassab na tentativa de ganhar o pleito eleitoral municipal daquele ano.

A ação policial contra as pessoas moradoras de rua que usam crack do território da Luz, vem associada à desapropriação e demolição de várias casas e edifícios da região da Luz. De um lado, a tentativa de “resolver o problema do crack” e de outro, o avanço na consolidação de um projeto urbanístico para aquele território, destruindo moradias de baixo custo e obrigando a população que ali reside, em geral ciganos, nordestinos com trabalhos informais, prostitutas, idosos e pessoas que usam crack e outras substâncias psicoativas, a se deslocar para regiões mais afastadas do centro da cidade. Como já dissemos, esse projeto de intervenção nesse território investe na perspectiva neoliberal de resolver o problema da desigualdade social através da expulsão das massas de classes subalternizadas da “vista” da burguesia e do poder público, isolando-as em penitenciárias, comunidades terapêuticas ou regiões afastadas que não contam com a presença do Estado e das políticas públicas sociais.

A *Operação Sufoco* deixa claro que a intervenção estatal considera a questão do uso de psicoativos ilícitos como caso de polícia e não como problema social e de saúde. Nesse período, há uma tímida oferta de serviços de saúde mental na região. O serviço municipal do território, CAPS -AD (Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas) tenta trazer os usuários para tratamento e abstinência e os serviços estaduais oferecem internação em comunidades terapêuticas. Porém, ambos os serviços não conseguem dar uma resposta contundente para o aumento da população usuária de crack nesse local.

Em 2012, inaugura-se o Complexo Prates, que conta com inédita parceria entre saúde e assistência social para atendimento 24 horas (RUI, 2013). Este serviço contém, no mesmo equipamento, um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) que funciona 24 horas e um equipamento de convivência e moradia transitória da Secretaria da Assistência Social. É uma iniciativa inédita de articulação entre serviços assistências e de cuidado em saúde, como uma forma de articulação das equipes profissionais e investimento no cuidado integral dos indivíduos que acessam esses serviços. Com a inauguração do Complexo Prates, a equipe de oficinairos e redutores de danos do CAPS AD-Sé é retirada quase que completamente do território e não se consolida uma equipe similar referenciada no Complexo

Prates. Os redutores de danos do CAPS AD- Sé recebem a orientação de realizar o trabalho de campo nas imediações da Praça da Sé e do Parque Dom Pedro II, sob a justificativa que ali na Cracolândia não era mais seu território de abrangência, e os oficinairos de grafitei e capoeira são desligados doo serviço sem a reposição da equipe. A criação do Complexo Prates configura uma transição para a política pública do território na qual há uma perda de espaço de intervenções da redução de danos ali.

No Complexo Prates, a equipe de técnicos que tinha uma visão mais comprometida com os direitos dos usuários e o paradigma da redução de danos sofreu duras sanções que culminaram em demissões arbitrárias de técnicos e redutores de danos. Cabe aqui ressaltar que, mais uma vez, o serviço de referência criado para atender a população da Cracolândia encontra-se há mais de três quilômetros do território de permanência das pessoas que usam crack na região da Luz, explicitando a insistência do poder público em apostar na ação higienista naquela região. Essa distância, além de dificultar o acesso e adesão da pessoa que usa crack e está em vulnerabilidade na Cracolândia, é também uma estratégia de retirada dessa população do território. Essa retirada não contempla um projeto de vida e de intervenção no cuidado integral desse indivíduo social, antes disso, é uma estratégia de esvaziamento do território. Assim vemos, mais uma vez, a política pública defendendo os interesses da burguesia e mais preocupada com o território do que com as pessoas que ali vivem.

A *Operação Sufoco* acionou o campo de disputa do território da Cracolândia e resultou num debate mais abrangente sobre a questão, incluindo questionamentos mais profundos sobre a prática da internação compulsória e reconfigurou o corpo político da Cracolândia, criando as condições de possibilidades para a emergência de outras formas de gestão deste espaço e desta população. (MAGALHÃES, 2015). A Ação do Ministério Público após a *Operação Sufoco* concretizou a idéia de que pessoas que usam substâncias psicoativas ilícitas em situação de rua têm direito a ter direitos, demonstrou que o “problema do crack” não poderia ser resolvido apenas com a polícia e que seria preciso pensar alternativas para a questão a partir de outra perspectiva, em especial a da Saúde Pública e da Assistência Social

Depois dessa fracassada operação policial, a região da Luz se tornou um dos grandes centros da questão social brasileira contemporânea. A quantidade de serviços oferecidos da saúde e assistência social cresceu muito no território, fato que n leva-nos a indagar o quanto esse aumento da intervenção estatal representa na ampliação de política social ou no acréscimo de controle do Estado.

Na prática, a Cracolândia continuou existindo no território da Luz, e, após a *Operação Sufoco*, as pessoas que usam crack retornam à Rua Helvétia de modo mais ostensivo e a região

continua tomada por moradores de rua, trabalhadores com materiais descartáveis, egressos do sistema penitenciário e pessoas que usam crack. O que vemos a partir daí é que a GCM se torna mais atuante, constituindo-se como força armada de caráter repressivo.

2.2.5 Programa Recomeço (2013)

Recomeço é o programa estadual lançado em janeiro de 2013 sob a coordenação do Professor-doutor. Dr. Ronaldo Laranjeira, do qual fazem parte as Secretarias de Saúde e, Justiça, Defesa e Cidadania e tem como objetivo oferecer tratamento às pessoas que usam crack a partir da internação em Comunidades Terapêuticas Conveniadas e moradias assistidas. O Estado cria o *Recomeço* com ação intersetorial que visa a facilitar a internação de pessoas que usam crack em centros de referência, privilegiando o financiamento de vagas em comunidades terapêuticas cadastradas a partir da abertura de um edital. O Programa tem forte caráter moral que anuncia um modelo de cidadão “livre das drogas” e adequado às regras sociais (MENEZES, 2016).

Uma das 1as primeiras ações foi um plantão judiciário instalado no CRATOD com o objetivo de acelerar intervenções que necessitariam do aval de órgãos da justiça: a internação compulsória. A internação compulsória tem como perspectiva ideológica garantir o cuidado de pessoas que não têm condições de tomar as próprias decisões, “resgatando” e “protegendo” essas vidas do “mal do crack” e da dependência química, entendida aqui como uma doença pela qual onde a pessoa perde o controle.

O CRATOD é rearticulado e vira torna-se alvo de disputa em torno das internações involuntárias, como mais uma tentativa do Governo estadual de oferecer tratamento para a dependência química através da internação e a busca pela total abstinência. Nesse momento, instalou-se um plantão de representantes do Poder Judiciário no CRATOD, no sentido de agilizar o processo necessário para as internações involuntárias das pessoas que usam crack do território da Cracolândia. Essa medida também foi extremamente criticada pela mídia e pelos defensores dos Direitos Humanos que estavam mobilizados nas denúncias das violações de direitos que aconteciam naquele território.

O *Recomeço* oferece tratamento à população usuária de psicoativos da região central da cidade de São Paulo. Esse tratamento é pautado na perspectiva da abstinência, entendendo o uso abusivo de psicoativos como uma doença que deve ser tratada através da reclusão do usuário em comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos. Essa é uma prática altamente questionada pelos defensores de Direitos Humanos, uma vez que a prerrogativa de reclusão de pessoas que usam psicoativos, a alta exigência dos serviços para com o usuário, fere seus

direitos e sua autonomia de escolher como lidar com seu uso de psicoativos, bem como desconsidera as questões políticas, econômicas e sociais que atravessam a situação de rua e o uso abusivo de substâncias psicoativas da população do centro de São Paulo.

O *Programa Recomeço* privilegia a internação de pessoas que usam crack em Comunidades Terapêuticas que. Essas CTs, em sua maioria, são gerenciadas por entidades religiosas sem fins lucrativos que recebem verba do governo estadual para a construção e manutenção desse serviço.

[...] CTs são instituições privadas, de caráter residencial e geralmente ligados a alguma entidade religiosa cujo modelo de internação se assemelha ao modelo manicomial, superado pela Reforma Psiquiátrica, privilegiando o isolamento do sujeito. (MENEZES, 2016, p. 78)

Ao não fazer parte da política pública de saúde vinculada ao SUS, as CTs tratam a internação como um produto, uma mercadoria, onde quanto mais pessoas forem internadas, maior será o lucro da instituição, deixando o sujeito usuário em situação de importância secundária. Sabemos o quanto a discussão sobre o uso de psicoativos passa por questões morais e éticas de visão de mundo e aceitação da liberdade do ser humano em escolher como viver sua vida. As entidades religiosas, são conhecidas historicamente pela prática de tentar, não são apenas explicar a realidade, mas também impor aos demais um ponto de vista extremamente moralizante e conservador quanto aos valores éticos e morais sobre família, saúde, e sociedade, numa perspectiva de culpabilização e doutrinação das populações mais vulneráveis, cujo objetivo da entidade é moralizar e corrigir esses desvios para conseguir curar a sociedade de seus males. No que tange o uso abusivo de substâncias psicoativas, essa perspectiva acaba por ferir os direitos humanos dos usuários de psicoativos e trazer metas impossíveis de serem alcançadas por essa população, dada à vulnerabilidade social na qual estão inseridos.

Alguns movimentos sociais e conselhos regionais de profissionais da área da saúde condenam veementemente a prática da internação em comunidades terapêuticas como alternativa para o enfrentamento da questão do uso abusivo de substâncias psicoativas. O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo realizou um levantamento sobre as condições de atendimento da população nessas comunidades e elaborou um dossiê, publicado em 2011, denunciando as violações de direitos e múltiplas violências sofridas pelos usuários nesses espaços. Dentre essas violências, podemos citar o encarceramento involuntário dessa população nessas comunidades, castigos físicos, torturas psicológicas, excesso de medicação, proibição de visita familiar, falta de saneamento básico, trabalho escravo, entre outras. O Ministério Público está ciente dessa situação e constantemente entra com processos contra essas comunidades.

O Governo do Estado escolhe como sede do *Programa Recomeço* e se apropria de um edifício de 8 oito andares na Rua Helvétia, que passa por uma grande reforma. Esse edifício conta com 5 cinco andares de enfermaria, que funcionam com toda a infraestrutura de um hospital psiquiátrico, onde as pessoas que usam crack podem ficar internadas por até 15 dias a espera de vagas para internação de longa duração em Comunidades terapêuticas. No prédio do *Recomeço* também instalam uma cozinha experimental, para que as pessoas em tratamento nesse local possam participar de oficinas de culinária, e no térreo deste prédio instalam pias e chuveiros para que as pessoas que moram na Cracolândia possam tomar banho e escovar os dentes. A direção do *Recomeço* também contrata um oficineiro de percussão que realiza oficinas com as pessoas que usam crack e cria, no ano seguinte, a uma bateria de escola de samba chamada Coração Valente. Apesar da oficina acontecer sobre a lógica da alta exigência, na qual a pessoa que quisesse participar teria que estar abstinente (pelo menos antes e durante as aulas) e, de preferência em tratamento no CRATOD ou no *Recomeço*, a bateria ganhou a simpatia dos moradores da Cracolândia por representar um espaço de atividade cultural que dialogava com os gostos e valores dessa população. A bateria passou a se apresentar, em especial na época do carnaval, em vários locais, chegando a fazer parte do desfile de uma escola de samba do grupo “A” principal da Liga das Escolas de Samba de São Paulo.

Apesar de ser um serviço do Governo do Estado que tem exigência de abstinência total para as pessoas que ali buscam tratamento, o *Programa Recomeço* é inovador não apenas por possibilitar oferecer o acesso a uma possibilidade de asseio e higiene pessoal para aos moradores da Cracolândia, mas também por se constituir no primeiro serviço de saúde mental voltado para pessoas que usam crack na Cracolândia e que está localizado no coração da cena de uso. A ideia de construir um local de atendimento próximo ao local onde essas pessoas vivem tem como ponto positivo o a facilitamento do acesso dessa população ao cuidado com a saúde. Porém, do ponto de vista urbanístico, acaba por representar uma aceitação por parte do Estado de que o deslocamento da Cracolândia daquele território não vai acontecer, pelo menos por hora.

Como veremos adiante, o *Programa Recomeço* continua atuando até hoje no território. Porém, não conta com forte adesão por parte das pessoas que usam crack e ali vivem. Muitos são os relatos de que é muito difícil aderir ao tratamento e ficar em abstinência quando, ao olhar pela janela do hospital, se vê o fluxo e toda dinâmica que o uso de crack tem naquele território. Apesar disso, nos dias de hoje, o *Recomeço* continua sendo o único serviço que disponibiliza banheiro, chuveiro e um local para escovar os dentes naquele território, e acaba por se constituir,

contraditoriamente, nos serviços que realiza as ações mais potentes em redução de danos daquele território.

Nesse período, o PRD Sampa nesse período tinha uma intervenção muito pequena no território da Cracolândia. A saída das oficinas do CAPS AD- Sé do território fez com que a equipe do PRD mudasse seu horário de campo para o período da noite e voltasse a ser apenas uma intervenção pontual de entrega de preservativos e gel, sem muita qualificação na abordagem das pessoas que ali vivem. Na mesma época, em que governo estadual inaugura o *Programa Recomeço*, a Prefeitura de São Paulo anuncia a criação do *Programa De Braços Abertos*.

2.2.6 Programa De Braços Abertos (2014)

Em janeiro de 2014, em consonância com o programa *do Governo Federal “Crack é possível vencer”*, do Governo Federal, a Prefeitura de São Paulo, sob a gestão do prefeito Fernando Haddad, promove uma ação intersetorial no território da Cracolândia, denominada *“Programa De Braços Abertos”* (DBA). Esse programa é criado a partir da portaria Portaria Municipal 332/2013 de 1/11/2013 e implantou ações intersetoriais de assistência social, direitos humanos, saúde e trabalho sob a ótica da redução de danos, pela oferta de moradia e emprego. O DBA era formado por um grupo um executivo municipal, composto por 13 secretarias municipais, dentre elas a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), Secretaria Municipal de Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo (SDTE), Secretaria Municipal da Segurança Urbana (SMSU) e Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC), que discutiam o planejamento municipal de política de crack, álcool e outras drogas. A direção do programa era feita pelas Secretarias da Saúde, da Assistência Social e Segurança Pública do Município de São Paulo, direção essa permeada de conflitos e de falta de alinhamento quanto aos encaminhamentos e diretrizes (COMIS, 2015). Os serviços de saúde inseridos nessa parceria são: CAPS -AD que atende o território e o *Consultório na Rua*, o Serviço de Atenção Especializada em IDST/HIV/AIDS (SAE Campos Elísios) através do Programa de Redução de Danos (PRD Sampa).

O programa incluía a oferta de serviços de saúde e de assistência fundamentados no paradigma da redução de danos e da baixa exigência. Os primeiros beneficiários eram moradores da favelinha da Dino Bueno e da Helvétia, cerca de 140 barracos foram desmontados e seus moradores cadastrados no Programa e transferidos para moradia em quartos

compartilhados nos hotéis da região. Foram criados postos de trabalho e cursos profissionalizantes. Os beneficiários recebiam alimentação no restaurante popular Bom Prato da região, trabalhavam quatro horas por dia em serviço de varrição e limpeza, sendo remunerados em R\$ 15,00 por cada dia de trabalho. Essa primeira intervenção tirou cerca de 400 pessoas da rua e colocou-as em moradias financiadas pelo governo municipal sob a perspectiva da baixa exigência (não era exigido abstinência para se manter no programa).

O *Programa De Braços Abertos*, apesar de ter se consolidado permeado por muitas contradições (que explicitaremos ao longo desse capítulo), foi uma política pública que trouxe para o cenário brasileiro a lógica de cuidado fundamentada na política de redução de danos e, tinha a perspectiva de lidar com a questão do uso do crack como problema social, e de forma intersetorial e marcou um momento de mudança na forma de abordar a população em situação de rua com alto grau de vulnerabilidade social associada a uso de substâncias ilícitas, no caso o crack (COMIS, 2015).

O objetivo do programa era promover a reabilitação psicossocial de pessoas que usam crack em situação de vulnerabilidade social, por meio de oferta de pacotes de direitos e de ações assistenciais e ofereceu moradia, trabalho, assistência social e saúde como forma de responder aos problemas urbanos da Cracolândia (OPAS, 2016). O DBA teve ineditismo de introduzir o trabalho como resultado da RD e qualidade de vida. Foi a primeira vez que uma política pública voltada para usuários de psicoativos ilícitos e em alta vulnerabilidade social construiu um pacote tão completo e diverso de benefícios sob a perspectiva da baixa exigência.

A construção de uma política pública sobre o crack, o álcool e outras drogas deve nortear-se também pela diretriz do SUS que preconiza dentre outros condicionantes à saúde: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, como condição de saúde e bem-estar, para além da ausência da doença. (COMIS, 2015)

Ao possibilitar que a pessoa que usa crack tivesse um lugar para morar, alimentação, trabalho, renda e educação continuada sem exigir a abstinência para isso, o DBA amplia a perspectiva de concepção de saúde e efetiva a redução de danos como um paradigma de intervenção na realidade social das pessoas que usam crack de maneira a pensar aquele indivíduo para além a questão do uso de substâncias psicoativas, mas no que tange a situação de vulnerabilidade social a qual aquele indivíduo está inserido. Nesse sentido, o *Programa De Braços Abertos* passou a ser uma vitrine e referência internacional para a política da área, trazendo para ao território vários representantes de governos de diversos países do mundo, bem como inúmeros estudiosos da área para presenciarem de perto os sucessos e desafios dessa experiência.

O DBA traz perceptível melhoria nas condições dos usuários como o uso mais controlado de psicoativos e organização dos aspectos básicos de sua vida. As pessoas que foram morar nos hotéis onde não se exigia abstinência, diminuíram significativamente o consumo de álcool e crack se comparadas com às que continuaram em situação de rua (COMIS, 2015) e, segundo relato de muitos beneficiários, o programa foi importante para auxiliar no processo de reorganização pessoal. Segundo relatório de avaliação do programa (ADESAF, 2016), o resultado do DBA para as pessoas que estavam inseridas no programa foi a redução no padrão de uso das substâncias e transmissão de doenças e, segundo o mesmo relatório, 73% aderiram ao trabalho e 97% avaliaram que o programa teve resultado positivo nas suas vidas. Além disso, 85% reduziram o uso de crack e avaliaram que a participação no programa trouxe como resultado a redução do uso prejudicial de crack, a inserção no trabalho e acesso à saúde.

Ao todo, foram cadastrados sete hotéis que abrigavam os beneficiários do programa. Foram contratados técnicos especialistas em redução de danos para acompanhar os beneficiários do programa e toda equipe de assistência social e saúde da família, bem como a guarda civil metropolitana que atuava do território foi capacitada e sensibilizada para a temática da redução de danos. Dentre as equipes instituídas no território, foram contratados agentes comunitários de saúde da família, agentes comunitários da assistência social e agentes comunitários do trabalho. Esses agentes se organizavam em trios e tinham como objetivo acompanhar de perto os moradores dos hotéis, se tornando uma referência para estes e ajudando nos encaminhamentos relacionados ao acesso à saúde, à política de assistência social e às questões relacionadas à frente de trabalho da qual participavam. Os trios trabalhavam dentro dos hotéis no intuito de estabelecerem um vínculo maior com os beneficiários do programa e ajudarem na adesão dos mesmos aos serviços de saúde mental da região, encaminharem para acesso às políticas de transferência de renda (bolsa família, aposentadoria, etc.) e também como mediadores dos possíveis conflitos que se davam na convivência dentro dos hotéis.

Cada hotel tinha sua dinâmica própria e algumas dificuldades no enfrentamento das questões cotidianas de organização de seus moradores. Dentro dos hotéis era permitido o uso de crack e de outras substâncias psicoativas, pois entendia-se que o hotel era também um lugar seguro de uso de crack para seus moradores.

Ao longo do tempo, os hotéis foram criando regras próprias de convivência, e, em alguma medida, abrindo mão de alguns critérios de baixa exigência. Um dos hotéis, por exemplo, estabeleceu que todos os moradores deveriam chegar para dormir até às 23 horas, e quem não chegasse essa hora, ficaria para fora até as seis da manhã. Essa regra visava acabar com os conflitos que se davam dentro dos quartos compartilhados, uma vez que alguns

moradores chegavam de madrugada, fazendo barulho e atrapalhando o sono daqueles que queriam acordar cedo para ir trabalhar. Entendemos que esse tipo de regra, apesar de ter sua importância no sentido de fazer com que os moradores se organizassem e ficassem atentos ao horário de se recolher em sua residência, ao colocar estabelecer tamanha exigência, acaba por colocar alguns sujeitos, que estão em uso mais intenso de crack, em situação de vulnerabilidade na medida em que são impedidos de entrar em suas residências se não cumprirem a regra. Esse é um exemplo da dificuldade de se consolidar o critério da baixa exigência. Dificuldade essa dada, em parte, pela falta de experiência das equipes que administravam o conflito, e em parte por uma cultura de tratamento baseada em regras rígidas e alta exigência.

Era evidente o despreparo dos trios em trabalhar na perspectiva da redução de danos. Apesar das inúmeras tentativas da gestão municipal em promover supervisão e capacitação para as equipes, percebíamos o quanto estava arraigada a cultura do medo e a perspectiva de sucesso do programa a partir da abstinência, demonstrando o quanto a ideologia da Guerra às Drogas é predominante e incompatível com a efetivação da redução de danos enquanto paradigma de saúde coletiva. Uma das maiores contradições do DBA se destaca pelo fato de que, apesar de entender a pessoa que usa crack como cidadão com direitos e capacidade de discernimento, ainda vê o uso de qualquer substância psicoativa sob a lógica da dependência química.

Num segundo momento, com a mudança da Coordenação de Saúde Mental e da equipe de coordenadores do DBA por parte da Secretaria de Saúde, identificou-se a necessidade da contratação de uma equipe técnica especializada em redução de danos para trabalhar nos hotéis em conjunto com os trios. Foram contratados profissionais com nível superior completo e alguma experiência em redução de danos e no trabalho com população em situação de rua. Essa equipe era composta por um gerente e equipes de três técnicos por turno de trabalho que estavam permanecendo 24 horas nos hotéis acompanhando os beneficiários do programa. A chegada dessa equipe trouxe inúmeros benefícios, mas também inúmeros conflitos na gestão das relações dentro dos hotéis. A primeira dificuldade vivenciada por essa nova equipe foi o fato dos hotéis já contarem com antigos gerentes (de maneira geral, os proprietários dos hotéis tinham pessoas de sua confiança que ali trabalhavam no sentido de manter a ordem e garantir a integridade física do local. Eram recorrentes os casos de abusos de poder e uso excessivo da violência por parte desses gerentes para com os beneficiários do programa. Em um dos hotéis, inclusive, ocorreu um episódio de agressão física desse gerente para com uma técnica contratada pela prefeitura). Era difícil para esses gerentes contratados pelos proprietários dos hotéis, entenderem que a partir daquele momento eles teriam que seguir as recomendações e diretrizes de um outro profissional, contratado pela prefeitura que, em via de regra, acabava por

se colocar na defesa do beneficiário do programa no caso de haver algum conflito. Outra dificuldade importante foi no sentido dos trios que trabalhavam nos hotéis entenderem que a equipe nova que chegava, acima de tudo se constituía como uma equipe parceira, que estava ali para fortalecer o trabalho dos trios e trazer uma intervenção mais qualificada no sentido de garantir que o paradigma da Redução de Danos se consolidasse na prática cotidiana. Inúmeros foram os relatos por parte dos técnicos quanto à hostilidade que foram recebidos pelos trios e o sentimento de ameaça que a equipe de agentes sentiu frente a chegada de uma equipe mais qualificada.

Apesar da assertividade no cuidado com as pessoas que usam crack que faziam parte do programa, a chegada do DBA ao território da Cracolândia não se configurou como o esvaziamento ou o fim da Cracolândia e da concentração da população em situação de rua que usa crack na região da Luz. Ao contrário. A quantidade de pessoas que se concentrava no fluxo acabou por aumentar. Inúmeros foram os relatos de pessoas que chegaram ali, vindas de outros bairros e outros municípios depois de assistir na televisão a notícia da criação do programa e se deslocar para a região com a expectativa de ser cadastrado e começar a ser atendido pelo DBA, nos dando a clara percepção de que *“quanto mais Estado chega a esse território, mais Cracolândia persiste”* (MAGALHÃES, 2015). Outro fator importante a ser observado foi que, com a chegada do DBA, presenciou-se uma outra forma de atividade de venda de substâncias ilícitas no território. Antes do DBA, a venda de crack se dava por “ambulantes”, pessoas que carregavam pequenas quantidades da substância e vendiam em pé nas esquinas. Com a chegada do DBA, instituiu-se no fluxo a “alameda”. Uma rua improvisada por barracas dentro do fluxo, na qual os vendedores colocam as substâncias ilícitas (em geral, crack, cocaína em pó e maconha) em bandejas (ou pratos, que é a forma como se referenciam a essa disposição de venda) e permanecem em suas “lojinhas” esperando as pessoas virem para comprar.

O *Programa De Braços Abertos*, busca alternativas de garantir à população que se encontra ali no território mas não está cadastrada no programa o acesso ao atendimento em saúde e em assistência social e inaugura a Tenda do DBA na Rua Helvétia, em frente ao Edifício do *Programa Recomeço*. É importante dizer que algumas semanas antes da criação do programa, a Prefeitura de São Paulo iniciou um processo de escuta de trabalhadores da região, militantes e usuários no sentido de construir uma ação coletiva, levando em conta as necessidades levantadas por esse processo democrático. Porém, a efetivação do programa se deu às pressas, sem a continuidade do diálogo, numa franca competição com a inauguração do Prédio do *Recomeço* (ambas se deram na mesma semana), mostrando que, de alguma forma, a prioridade

que estava colocada ali era uma disputa política, em detrimento do processo construído coletivamente.

A implantação rápida do DBA levantou indagações quanto a ausência de estratégias de longo prazo, bem como da falta de um diálogo mais transparente com a sociedade civil e trabalhadores da região. Cria-se, portanto, a Tenda e a ideia era que esse fosse um lugar para as pessoas que usam crack lavar as mãos, cozinhar, beber água, fugir do sol, que tivessem acesso a uma enfermaria, pudessem jogar bola, uma sala de uso, ponto de venda de reciclagem. No início, a tenda instalou uma televisão e uma cobertura, e servia como um lugar de repouso para às pessoas que ali viviam, que estucavam empilhavam seus colchões e cobertores e conseguiam dormir e assistir televisão. O lugar também servia como um espaço para a realização de grupos, assembleias, atividades culturais e havia equipes do *Consultório nade Rua* e agentes comunitários da assistência social que prestavam atendimento à população do fluxo que não estava inserida no programa.

A equipe de saúde contava com agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros que, além de prestar cuidados em atenção básica de saúde, realizavam encaminhamentos para os serviços de saúde mental e trabalhavam na perspectiva de aproximar os usuários dos serviços de saúde e fortalecer o vínculo dos mesmos a um processo de tratamento e cuidado. (cabe aqui ressaltar a presença de um médico psiquiatra que também era palhaço e realizava seu trabalho não apenas indo aos hotéis atender aos casos mais graves, mas também se vestindo de palhaço e atendendo a população de rua de uma maneira lúdica e criativa, podendo ressignificar o papel do médico na relação com o paciente e na abordagem dessa população na cena de uso). Na perspectiva da assistência social, as equipes de abordagem de rua trabalhavam no intuito de ajudar a população da Cracolândia com a regulamentação de seus documentos, bem como no acesso às políticas de transferência de renda e benefícios assistenciais. Acontecia também um plantão semanal da Defensoria Pública no local, que ajudava as pessoas que ali viviam e estavam com alguma pendência ou conflito com a lei a regularizar sua situação.

Ao longo do tempo, a coordenação daquele espaço foi estabelecendo regras e restringindo o uso da tenda. Proibiram o uso de substâncias no local, bem como instalaram cadeiras de plástico, fazendo com que os usuários não pudessem mais deitar e descansar, devendo permanecer sentados assistindo televisão. Essa mudança das regras apresentou-se como uma contradição frente ao paradigma de baixa exigência e gerou o esvaziamento da tenda. Outras restrições foram sendo impostas, como a proibição de uso dos banheiros e a imposição de algumas regras rígidas de convivência ali naquele espaço. A mudança na administração do espaço da tenda se deu, em parte, pela falta de compreensão dos paradigmas da redução de

danos por parte dos coordenadores do espaço. Essa, inclusive, é uma crítica que fazemos à gestão pública naquele momento: a escolha dos técnicos para trabalharem no DBA se deu por questões políticas, e a capacitação técnica e conhecimento em redução de danos não foi priorizada na gestão daquele espaço tão importante e potente que era a tenda.

A Secretaria de Direitos Humanos também realizava um trabalho de intervenção no fluxo nesse período. Havia duas equipes de profissionais especializados em redução de danos que atuavam naquele território realizando oficinas artísticas como a confecção de lambes, a criação de um jornal do fluxo, um cinema itinerante, entre outros. Essa equipe, além de realizar atividades com os moradores do fluxo com o intuito não apenas de promover atividades culturais às quais eles não tinham acesso, permitia, através dos lambes e dos jornais, a criação de um espaço de comunicação no qual a voz daquela população podia se manifestar. Outro trabalho importante realizado pela equipe dos Direitos Humanos que trabalhavam ali no território foi a articulação entre os trabalhadores dos diferentes serviços. A equipe percebeu que atuavam ali muitos trabalhadores de serviços diferentes, muitas vezes com projetos de intervenção diferentes e até antagônicos. A falta de conhecimento dessas equipes entre si e de suas atuações, gerava uma “disputa” por parte desses trabalhadores em relação aos usuários, e um excesso de intervenções às vezes repetidas. Um mesmo usuário era abordado três³, quatro⁴ vezes por profissionais diferentes com a mesma oferta de serviço. Notou-se também que muitas vezes os trabalhadores não concordavam ou entendiam o objetivo de suas intervenções e acabavam apenas cumprindo ordens, sem a concordância ou entendimento do objetivo daquelas intervenções.

2.2.7 O Coletivo Sem Ternos

A equipe da Secretaria de Direitos Humanos propõe então uma agenda de encontros sistemáticos entre os trabalhadores “da ponta” no sentido de refletirem juntos a prática ali no território e de pensarem ações mais efetivas para àquela população. Nesse momento nasce o *Coletivo Sem Ternos*. O coletivo sem ternos é um coletivo, formado por trabalhadores da região. A prerrogativa é que esses trabalhadores que participam do coletivo tenham como ponto de partida a concordância com os princípios da redução de danos como paradigma de saúde pública e estratégia para atuação naquele território. O coletivo se encontra semanalmente, em horário de trabalho, e visa a ser um espaço de debate e troca de experiências, bem como de acolhimento desses trabalhadores no que tange às dificuldades institucionais de realização de seu trabalho. Para participar do coletivo, não é necessário trabalhar em um serviço que atue na perspectiva

da redução de danos. É necessário que o profissional tenha essa compreensão da RD, independentemente do serviço do qual faça parte. As reuniões contavam com a presença de técnicos e profissionais do CRATOD, do Complexo Prates, da ONG “É de Lei”, de trabalhadores dos hotéis e da Tenda do DBA, os redutores de danos do PRD Sampa, militantes e pesquisadores em redução de danos e direitos humanos e de outros espaços culturais que atuavam na região.

O nome do coletivo foi escolhido na perspectiva de fortalecer aquele espaço como de diálogo entre os trabalhadores, independentemente do serviço do qual faziam parte. Deixar os “ternos”, os “engravatados” dos gabinetes das políticas públicas disputarem entre as questões políticas ali daquele território, uma vez que o trabalhador da ponta pouco tinha a ver com essa disputa, era necessário que todos se unissem, pois a precariedade do trabalho, a insalubridade da vida cotidiana ali naquele território, bem como a sensação de pouca efetividade da intervenção profissional era algo comum a todos os trabalhadores, independentemente da instituição a qual faziam parte.

A participação de alguns trabalhadores nessas reuniões semanais gerou desconfiança por parte da gerência de alguns serviços. As chefias não conseguiam entender qual era o objetivo das pessoas se ausentarem todas as semanas de suas atividades por um período de suas atividades para discutir, com trabalhadores de outros serviços, as questões referentes ao cotidiano profissional, uma vez que já existiam havia reuniões institucionais e supervisões em rede para a discussão de casos atendidos conjuntamente por diferentes serviços no território. A saída encontrada pelo coletivo para essa situação foi a criação de uma agenda de atividades culturais realizadas pelos trabalhadores em conjunto naquele território. Festas Juninas, Festa de Natal e Blocos de Carnaval foram organizados e realizados por esse coletivo em conjunto com os moradores do fluxo, de maneira que as instituições pudessem legitimar e autorizar a permanência dos trabalhadores no coletivo e nas reuniões. Outras atividades de cunho mais político e de denúncia foram realizadas por aqueles profissionais também. Um mutirão de recolhimento de denúncias de violação em direitos humanos, em conjunto com a Defensoria Pública e a recuperação de carroças apreendidas pela GCM são alguns dos exemplos do caráter de enfrentamento político que aquele o grupo assumiu.

O coletivo almejava também a participação de moradores de região, de usuários dos equipamentos, além e de pessoas que usam psicoativos, mas essa participação era dificultada não apenas pela falta de organização pessoal desses usuários, mas também pelo fato das reuniões acontecerem no período parte da manhã, período em que os usuários estão dormindo, ou num alto grau de intoxicação, que os impedia de estarem presentes regularmente aos

encontros. O coletivo existe até hoje no território, com um nível de atuação muito menor (falaremos disso a seguir), mas contou com a presença de profissionais muito extremamente comprometidos, que realizaram pesquisas muito importantes sobre aquele território, aos quais recomendo veementemente a leitura (CALIL, 2016; COSTA, 2017; MARTINS, 2016, ; SHDAIOR, 2019).

Arriscamos a dizer que a ação de redução de danos mais contundente junto com a população do fluxo, era realizada pela Secretaria de Direitos Humanos. Eles acabaram sendo os agentes do Estado que conseguiram construir um vínculo mais efetivo com a população daquele local. Esse vínculo se comprova quando nos dias de hoje nossas ações no fluxo, seja pelo PRD, seja pela *Craco Resiste* (falaremos disso a seguir), são identificadas pela população que ali vivem como ações “do projeto” e nós, como “o pessoal dos Direitos Humanos”, remetendo às equipes da *Casa Rodante* e do *Projeto Oficinas* que realizavam as atividades citadas acima.

No que tange à perspectiva de mudança da forma como a Cracolândia se constitui e se organiza, podemos dizer que, com a chegada do DBA, o fluxo se tornou a maior “feira de drogas” a céu aberto da cidade de São Paulo e se estabeleceu a partir da presença massiva de organizações sociais da sociedade civil ligadas ao sistema penitenciário e ao crime organizado, responsável por colocar a “ordem e a disciplina” dentre os usuários de crack da região. Nesse ponto é importante ressaltar que a presença do “partido” (é a forma coloquial que as pessoas dali se referem ao PCC) representa muitas vezes como o dispositivo de regulação e manutenção da ordem ali naquele local. Os “disciplinas” são conhecidos como representantes dessa organização que se colocam fazem presentes ali com o intuito de garantir a ordem e o cumprimento das regras de convivência, bem como mediar conflitos e oferecer ajuda. Há todo um sistema de valores e comportamentos determinados por essa organização (o chamado “proceder” que Marques (2009) explicita muito bem em sua pesquisa de mestrado). Nesse contexto, as pessoas que não faziam parte do DBA eram consideradas traficantes e essa avaliação rasa tem como consequência ações violentas de segurança pública. O DBA produz um discurso que divide a população da Cracolândia em usuários ou traficantes e, para os traficantes, permanece a lógica de privações de liberdade.

[...] DBA, apesar de se pautar do discurso da saúde, aumenta a repressão do território ao multiplicar a quantidade de GCM circulante e permitir práticas como a filmagem dos usuários e as revistas. (MENEZES, 2016, p. 96)

A proposta do *Programa De Braços Abertos*, apesar de se dizer pautada no cuidado a partir da redução de danos, em sua prática, apresenta a reprodução clara da lógica proibicionista

de compreensão do uso de psicoativos a partir da divisão entre usuários (entendidos aqui como dependentes químicos e que, precisam de tratamento) e traficantes (que devem ser tratados a partir do combate e do encarceramento). Nesse sentido, a chegada do DBA ao território, fortaleceu o aparato policial e manteve as abordagens violentas por parte da polícia para com os moradores do fluxo. Aumentou-se o contingente policial na região (a Guarda Civil Metropolitana que atuava no local recebeu uma capacitação em redução de danos, mas ainda assim atuava de maneira violenta). Na Praça Júlio Prestes, bem em frente a onde se concentrava o fluxo, instalou-se um ônibus do *Programa Crack é possível vencer*, que continha uma câmera de alto alcance, cuja justificativa era filmar o comércio de substâncias ilícitas e, com isso, combater o “tráfico” na região. Outra medida extremamente controversa instaurada pelo *Programa De Braços Abertos* foi a implantação da “limpeza”. A limpeza consiste na ação de lavagem das ruas e retirada de pertences da população que mora no fluxo e acontece numa ação conjunta da Limpeza Urbana com e a GCM. Segundo declarações da época, o objetivo da limpeza não era apenas a retirada de lixo do local, mas a garantia de que as pessoas moradoras do fluxo não montariam barracas e se instituiriam ali com uma nova “favelinha”.

A Secretaria de Segurança Pública dizia, na época, que a proibição à construção de barracas no fluxo objetivava a possibilidade de filmagem pela câmera por parte do ônibus do comércio de substâncias psicoativas ilícitas e, com isso, a uma maior efetividade no combate ao tráfico. No entanto, sabemos que a retirada de pertences da população de rua que ali vive acontecia no sentido de não solidificar a permanência e a construção de moradias precárias naquele território, bem como na violação de direitos humanos daquela população, que tinha seus bens retirados pela polícia.

Foram inúmeros os relatos que recolhemos nas nossas idas a campo, de usuários que diziam ter seus documentos perdidos devido à ação truculenta da polícia de na retirada de bens na hora da limpeza. Perdiam remédios, roupas, bens pessoais e inclusive cobertores, sob a justificativa de estarem acobertando os vendedores de crack do local. No verão, os moradores do fluxo não podiam montar barracas para se proteger do sol. E no inverno não podiam ter seus cobertores para se proteger do frio, nem barracas para se proteger da chuva.

É interessante avaliar essa contradição do programa. De um lado, oferece moradia, trabalho e renda para algumas pessoas que usam crack e estão em situação de rua. De outro, retiram os pertences e impedem de se proteger do calor e do frio aquelas pessoas que ali vivem e não estão incluídas no programa. Essa contradição mostra que, ao ser entendido como traficante, o usuário de psicoativo que está em situação de rua, é enxergado, por parte do Estado,

como um indivíduo desprovido de direitos sociais e suscetível às mais duras violações de direitos básicos, e que o higienismo também é presente nesse programa.

Apesar da inovação do DBA na prática de cuidado com usuários de crack sob a perspectiva da redução de danos e o sucesso comprovado no aumento da qualidade de vida dos beneficiários do Programa, o De Braços Abertos apresentou-se como uma política frágil que teve pouco reconhecimento por parte da opinião pública quanto à sua efetividade. Um dos pontos importantes que não permitiram a consolidação do DBA enquanto política pública do município e sua consequente manutenção foi o fato do programa estar institucionalizado por decreto municipal, podendo ser revogado a qualquer momento. Outro fator importante foi a atuação repressiva da polícia na Cracolândia. A política de repressão e higienista atuante no fluxo dificultava a construção de vínculos dos profissionais com os usuários, pois esses não conseguiam entender como dois agentes do Estado poderiam atuar no mesmo território com perspectivas distintas. É importante dizer que o crescimento do fluxo e a consolidação da venda de substâncias ilícitas a céu aberto levou a opinião pública a questionar a efetividade do programa. Em dado momento, o próprio prefeito Haddad caiu em contradição quanto à perspectiva de cuidado pautada na redução de danos quando, ao ser indagado por um jornalista sobre o porquê da Cracolândia não ter acabado a partir da criação do DBA ter respondido que a responsabilidade do aumento do fluxo era da polícia militar, que havia falhado em seu trabalho de combate ao tráfico. Essa afirmação contradiz os princípios fundamentais da criação do DBA, que tinha como perspectiva o entendimento que a existência da Cracolândia se dava não pela presença do comércio de substâncias ilícitas, mas pela situação de alta vulnerabilidade social que a população usuária de crack e em situação de rua se encontrava.

Outra crítica feita ao programa, por parte de seus beneficiários foi é que o DBA instalou grande aparato estatal de com dezenas de agentes para administrar o programa e governar seus beneficiários. Usuários avaliam que chegada do DBA trouxe melhorias, mas também aumentou o assédio sobre os usuários, as tentativas permanentes de controlar o que fazem, se trabalham ou não, se usam droga ou não, por onde andam e onde ficam (Magalhães, 2015). Essa constatação de que a intervenção pautada pela redução de danos pode se constituir como um dispositivo de controle, reforça nosso entendimento de que, na sociedade capitalista pautada no proibicionismo não é possível a consolidação da redução de danos enquanto um paradigma de saúde coletiva que prevê a construção de modelos de saúde mais democráticos. Na sociedade capitalista, acabou por haver uma distorção da redução de danos em sua matriz, e o que era para ser um modelo de cuidado pautado na liberdade, consolida-se como um mecanismo de controle de práticas sociais.

No que tange a nossa área de abrangência neste estudo, podemos afirmar que o Programa de Redução de Danos ligado ao Programa Municipal de HIV/DIST/AIDS de São Paulo, durante o *Programa De Braços Abertos*, viveu um momento de muita atuação no território da Cracolândia. Atuação esta que possibilitou não apenas a consolidação do PRD Sampa como um agente importante de intervenção e resistência nesse território, bem como a possibilidade de experimentação de insumos e construção de um kit de redução de danos para pessoas que usam crack, como veremos a seguir.

2.2.8. O PRD no DBA - Cachimbando

O Programa de Redução de Danos do SAE Campos Elísios, durante o *Programa De Braços Abertos* teve um investimento significativo por parte do Programa Municipal de IST/HIV/DST/AIDS de São Paulo (PM-DST/AIDS-SP). A primeira intervenção junto ao DBA foi a instalação de um trailer para testagem rápida em HIV e Sífilis pelo período de um mês na porta entrada da Tenda do DBA. A testagem nos permitiu identificar que a população do fluxo conta com uma média de 75 por cento% de pessoas que já tiveram contato com a sífilis (o teste rápido identifica apenas a existência do contato com a sífilis, não nos possibilitando saber se a doença está ativa ou se é apenas cicatriz sorológica¹⁴) e 25 por cento% são portadores do vírus do HIV, o vírus da AIDS. Esta informação nos permitiu comprovar a alta vulnerabilidade dessa população e a partir daí pensar em estratégias de atuação para o território.

O Programa Municipal de IST/HIV/AIDSPM-DST/AIDS-SP solicitou que a equipe de redutores de danos do SAE Campos Elísios realizasse um levantamento dos materiais informativos sobre RD já existentes e, a partir daí propusesse o conteúdo que deveria fazer parte do material educativo a ser utilizado pelo município. Fizemos uma pesquisa de materiais no âmbito nacional e internacional e elencamos algumas informações que posteriormente fizeram parte do conteúdo dos *folders* e *banners* do PRD no município. Essa estratégia foi assertiva no sentido de trazer os redutores de danos para um protagonismo na formulação da política pública, entendendo que é a partir da atuação no território que os gestores devem pensar nas estratégias de intervenção. Essa iniciativa, por parte da Secretaria de Saúde, foi inédita e contribuiu muito para a motivação dos redutores em realizar o trabalho que estava sendo exigido. Nesse período, a Prefeitura de São Paulo tinha uma parceria significativa com a Prefeitura de Amsterdã e a Universidade de Amsterdã, que ofereceu bolsas de estudos para os trabalhadores do DBA no

¹⁴Cicatriz sorológica é quando o indivíduo já teve a doença e foi tratada, não estando mais ativa no sangue.

curso de verão promovido por esta Universidade, chamado “álcool, drogas e vício”. Esse curso, o qual tivemos a oportunidade de sermos contemplados com uma bolsa de estudos, consistia em aulas com profissionais e estudiosos da área de psicoativos, bem como visitas a equipamentos de saúde, segurança pública e assistencial voltados para a redução de danos com usuários de psicoativos desse daquele país. Era parte do conteúdo do curso a apresentação do modelo norte-americano de intervenção com usuários de psicoativos e a comparação entre os modelos europeu e o norte-americano. Ao participarmos desse do curso, pudemos ampliar nosso conhecimento sobre RD, bem como pensar em estratégias de implantação de políticas similares no contexto brasileiro, levando em conta suas especificidades.

Outra iniciativa importante foi a chegada do protetor labial à base de Guaçatonga para ser distribuído entre a população usuária de crack. Esse insumo foi criado a partir da experiência da coordenadora dos projetos de prevenção do PM-DST/AIDS-SP que trazia em sua bagagem profissional a experiência bem-sucedida com esse o insumo em uma cidade da região metropolitana de São Paulo. Num primeiro momento foi pedido que os redutores de danos realizassem um levantamento sobre a adesão dos usuários de crack no uso desse do insumo. A proposta era que os redutores de danos recrutassem alguns usuários com quem tivessem mais vínculo e o dessem os insumos para eles. O insumo era distribuído a partir da resposta de um questionário simples que nos dava a perspectiva de qual o efeito que o uso do protetor labial tinha na perspectiva da prevenção, bem como quais seriam as melhores estratégias para sua distribuição.

Os usuários que participavam da pesquisa relatavam o quanto a pomada era efetiva na cicatrização da pele, (que sofria muitas rachaduras e feridas devido ao contato excessivo com o calor do cachimbo e do isqueiro). Outro efeito relatado foi o potencial anti-inflamatório da guaçatonga, ajudando a curar outras enfermidades da pele dessa população. Nesse período, o SAE Campo Elísios contava com uma equipe de serviço odontológico para o atendimento da população da Cracolândia. Essa equipe também se envolveu na pesquisa de adesão da guaçatonga, pois entendíamos que o paciente que estava em tratamento odontológico tinha uma facilidade em retornar ao serviço e relatar o uso efetivo da pomada. Entendíamos também que a equipe odontológica possuía um grande vínculo com esses usuários e contava com um lugar de cuidado que permitia uma maior efetividade no acompanhamento da adesão desse usuário ao insumo. O resultado dessa parceria foi muito importante, uma vez que a equipe odontológica realizou por conta própria uma pesquisa bibliográfica quanto aos efeitos da Guaçatonga e pode nos informar que essa planta possui propriedades cicatrizantes que são utilizadas por pessoas com problemas gastrointestinais, inclusive no tratamento contra o câncer. A dentista e suas

assistentes orientavam os usuários que tinham queimaduras na língua, no céu da boca e na faringe a diluir a pomada em água e a tomá-la, como uma estratégia para cicatrização dessas queimaduras, e essa informação também passou a ser divulgada pelos redutores de danos no campo. A consulta aos usuários sobre a adesão ao insumo do protetor labial, bem como o espaço para sugestões, nos levou ao entendimento que a pomada distribuída em tubos muito grandes não se apresentava como efetiva. Os usuários relatavam que acabavam por perder a tampa do tubo, bem como o havia vazamento da pomada em suas coisas. A sugestão dada por eles era que ao invés de um tubo de 10 mg, a pomada fosse distribuída em tubos menores ou sachês. O PM-DST/AIDS-SP acatou a essa sugestão e passou a disponibilizar o protetor labial em embalagens de 5 mg. Relataram que o alto custo do sachê inviabilizava essa forma de distribuição, mantendo, portanto, o formato de tubo, no menor tamanho possível.

Nesse período, o PRD contava com oito redutores de danos que estavam havia mais de 8 oitenta anos do projeto. Esses redutores de danos não tinham muito conhecimento acerca da redução de danos para além da prevenção de IST e do HIV e IST e não aderiam muito facilmente às propostas de um trabalho mais voltado para o cuidado com os danos relacionados ao uso de psicoativos. Essa dificuldade já se apresentava desde 2012 e era sempre manejada por nós no sentido de sensibilizar a equipe para o tema, além de promovermos e uma capacitação continuada. Porém, a chegada do protetor labial e a necessidade de formulação de uma pesquisa mais elaborada junto aos usuários gerou um descontentamento nessa equipe e o surgimento de muitos conflitos entre a supervisora e os redutores de danos. Esses conflitos nos levaram a questionar junto ao PM-DST/AIDS-SPSM sobre o conceito de educação entre pares.

Apresentamos para o programa a proposta de construção de uma equipe de redutores de danos mais qualificada, composta por estudantes, profissionais e militantes que tivessem um conhecimento mais apurado sobre a questão do uso de psicoativos, conhecimentos teóricos sobre redução de danos e alguma experiência na intervenção junto a pessoas que usam psicoativo no sentido de construção coletiva de conhecimento e de estratégias de autocuidado relacionadas ao uso de psicoativos. A equipe do PM-DST/AIDS-SP aceitou rapidamente nossas sugestões e iniciamos o processo de mudança da equipe.

Num primeiro momento, entendemos ser necessária a coexistência de duas equipes do PRD, sendo uma para atuar na Cracolândia durante o dia e outra para atuar em cenas de uso de outros psicoativos (em especial o álcool e a cocaína aspirada), no período da noite. Nesse momento, o PRD contava com 20 redutores de danos, sendo que 10 dez atuavam durante o dia e os outros dez à noite. A equipe da noite realizava os campos distribuindo preservativos, gel lubrificantes e canudos (insumo de RD para o usuário de cocaína aspirada cujo objetivo é

garantir o não compartilhamento de materiais utilizados para a ingestão aspiração desse psicoativo, bem como o diálogo sobre estratégias de autocuidado.

Caberia aqui um espaço de reflexão e análise sobre o trabalho dessa equipe. Porém, não o faremos por entender que nosso foco está na redução de danos realizada na Cracolândia. Registramos nosso interesse em elaborar escrita de um artigo sobre essa experiência.

A equipe de redutores de danos que atuava durante o dia iniciou um processo de investigação sobre as possibilidades de atuação frente ao uso de crack. Os redutores de danos, num primeiro momento, iam a campo levando apenas o protetor labial e tinham como objetivo observar e dialogar com os usuários sobre os diferentes tipos de cachimbos utilizados para o uso do crack e as possibilidades de intervenção do PRD nessa cultura de uso. Fizemos vínculos com muitos usuários e alguns “cachimbeiros” (pessoas que constroem os cachimbos e vendem para aqueles que não querem ou não conseguem construir seu próprio artefato).

Esse contato nos permitiu descobrir quais os materiais utilizados na produção dos cachimbos. O bocal é feito a partir de capacitores de metal retirados de televisores ou de computadores, e a haste é feita de antenas de carro. Utilizam-se também sacolas plásticas para a vedação e papel alumínio como filtro. A cinza de cigarros também é utilizada de maneira que a pedra seja colocada sob a cinza para que, ao derreter, não seja aspirada pela pessoa que está fumando). Esse conhecimento adquirido em campo era discutido nas reuniões de supervisão e, a partir daí, iniciamos a construção de um kit de redução de danos para pessoas que fumam crack.

O estudo sobre a cultura de uso do crack na Cracolândia tinha como pressuposto construir uma estratégia de intervenção que aproximasse o redutor de danos da população acessada e intervir naquela realidade de maneira a incentivar outras formas de uso de crack que fossem menos nocivas à saúde. Nossa perspectiva naquele momento era a da construção de um cachimbo de crack que fosse de vidro pois, como já dissemos, o conhecimento que tínhamos naquele momento era a distribuição de cachimbos de vidro realizada por uma entidade organização francesa nas cenas de uso de Paris. Levando em conta as especificidades da Cracolândia e a inviabilidade da distribuição de cachimbos nos mesmos moldes da França, construímos um cachimbo com materiais acessíveis para a população brasileira. Na proposta de distribuição de kits de RD para crack, iniciamos a coleta de alguns materiais e o levantamento junto ao PM-DST/AIDS-SP quanto a possibilidade de uma verba para a compra desses insumos. Conseguimos levantar uma doação significativa de capacitores, mas entendíamos que essa forma de uso era muito nociva, uma vez que o capacitor é uma espécie de pilha que contém muitos metais pesados que causam danos à saúde ao serem inalados. A dificuldade em

conseguir antenas de carro automóveis também nos levou a pensar em estratégias de uso de diferentes materiais para serem utilizados como haste do cachimbo. O produto dessa pesquisa foi a construção de um cachimbo de haste de vidro – (utilizávamos pipetas de conta-gotas para a construção dessa haste –) e o bocal de metal – (compramos centenas de tampas de frascos de alumínio.) Apesar das tampas de alumínio ainda serem danosas à saúde quando usadas como bocal, entendíamos que o fato delas nunca terem sido utilizadas antes e não conterem os metais pesados presentes nos capacitores, representava uma redução de danos para aqueles que usassem crack nesse cachimbo.

O kit também continha material educativo, preservativos, gel lubrificante, um *swab* umedecido com álcool – (para higienização das mãos e do cachimbo –), piteiras de silicone, balas de caramelo (tinham – cuja função era de ser uma dose de glicose para aqueles que estavam em uso intensivo de álcool ou sem comer há muito tempo –), um tubo de pomada à base de Guaçatonga e um potinho com Kumbaiat – (uma mistura de ervas utilizada para fumar em substituição do tabaco). A presença do Kumbaiat no kit, tinha como objetivo fornecer algo que gerasse uma cinza que pudesse ser utilizada no uso de crack e que fosse menos tóxica que a cinza dos cigarros de tabaco (sabemos que os cigarros industrializados, além de tabaco, contém uma série de elementos químicos pesados e nocivos à saúde). A distribuição desses kits no fluxo foi pensada a partir de uma estratégia de criação de vínculo. Uma vez que o kit continha insumos para a construção de um cachimbo que não era comum à cena de uso, entendíamos que não poderia ser realizada a mera distribuição desse kit, mas que era necessária a criação de um espaço onde ofereceríamos esse novo cachimbo, dialogando sobre seus limites e possibilidades e a partir daí, distribuiríamos o kit, explicando a função e importância de cada insumo.

A estratégia escolhida foi a construção de uma Oficina de Cachimbos no fluxo. A oficina funcionava de maneira que cada pessoa que dela participasse da mesma produzisse o cachimbo e, na sequência, ganhava o kit (todos os insumos eram organizados dentro de uma caixinha de plástico, utilizada normalmente para guardar óculos). A esta oficina, demos o nome de “Cachimbandando”. Todos os redutores de danos que participavam da oficina, levavam consigo um pequeno questionário para que o participante avaliasse cada insumo e sua viabilidade de uso. A primeira oficina de cachimbo foi realizada dentro do espaço da Tenda do DBA. Muitos frequentadores da tenda nos questionavam quanto ao fato da distribuição de cachimbos ser um estímulo ao uso de crack, e muitas conversas foram feitas no sentido de explicar que o cuidado com a saúde deve ser feito independentemente do uso ou não das substâncias. Ao terminarmos a oficina, fomos chamados pela coordenação da Tenda, que nos informou que aquela oficina

não poderia ser repetida ali naquele espaço. Essa negativa da coordenação da tenda em ceder-nos o espaço para a realização das oficinas nos deixou evidente o quanto aquele espaço estava despreparado para o acolhimento de intervenções pautadas na redução de danos junto àquela população. A partir daí, realizávamos as oficinas duas vezes por semana no fluxo¹⁵. Íamos para o fluxo com um *banner* da Oficina e uma lona, e a partir daí construíamos um espaço para a realização da mesma. Inúmeras foram as dificuldades encontradas para a realização dessas oficinas de maneira regular. A cada semana, a polícia nos abordava e criava empecilhos para nossa permanência no local, e alguns cachimbeiros e pessoas que trabalhavam com a venda dos de psicoativos também tinham uma certa desconfiança com a natureza do nosso trabalho. Porém, a regularidade de nossa presença em campo, bem como a abertura que tínhamos para dialogar e explicar a natureza de nosso trabalho gerou um vínculo com os usuários e cachimbeiros de maneira que tínhamos uma certa liberdade e segurança para realização das oficinas no fluxo.

Ao avaliarmos os questionários respondidos pelos participantes das oficinas, concluímos que o kumbaiat não se mostrou um insumo efetivo na produção dessas cinzas, pois a cinza do kumbaiat era mais leve e se desmanchava mais facilmente, não podendo ser utilizada para o uso de crack. Porém, na medida em que as pessoas que participavam da oficina experimentavam o kumbaiat, nos relatavam que, por ser feito de ervas calmantes (camomila, melissa, erva doce, cravo, cardamomo e tabaco), ele poderia ser substituído pela maconha como RD para a paranoia e a fissura relacionadas ao uso de crack, com a vantagem de não gerar sintomas persecutórios e psicóticos naqueles que o fumavam.

Na avaliação do cachimbo oferecido, os participantes diziam que o bocal de alumínio era muito grande, e que a pipeta de vidro quebrava facilmente com a queda e o excesso de calor, não sendo, portanto, factível a substituição do cachimbo de alumínio por aquele proposto pela oficina. Porém, a reflexão junto a cachimbeiros e usuários sobre a possibilidade de produzir um cachimbo de vidro, levou algumas dessas pessoas a fazer confeccionar cachimbos utilizando como bocal vidros de esmaltes. Eles diziam que a grande dificuldade era furar o vidro sem

¹⁵A realização das oficinas contava com total apoio da Coordenação do PM-DST/AIDS-SP, que nos disponibilizava uma verba recurso mensal para a aquisição dos insumos e fazia um acompanhamento institucional através de reuniões mensais da técnica responsável pelo PRD nos Campos Elísios e alguns consultores técnicos de prevenção da do PM-DST/AIDS-SP. Queremos ressaltar a importância da parceria entre a coordenação do PRD dos Campos Elísios e a consultoria técnica do PM-DST/AIDS-SP que trabalhava junto à equipe que coordenava os PRDs do município de São Paulo e foi uma grande parceira do PRD Campos Elísios na construção da oficina de cachimbo, bem como de outras intervenções realizadas nesse período. Essa equipe profissional tinha muita abertura no diálogo com a supervisora e realizou enfrentamentos importantes dentro do PM-DST/AIDS-SP no sentido de garantir o recurso para a compra dos insumos, bem como a capacitação dos redutores de danos para outras ações ligadas à prevenção do HIV (às quais falaremos mais adiante) e defendia veementemente a importância do protagonismo dos redutores de danos na construção de estratégias de RD e na formulação da política pública.

quebrá-lo, mas que a perícia de sua realização acabava por tornar-se uma atividade terapêutica prazerosa.

A prática da oficina por parte dos redutores de danos funcionava como uma intervenção qualificada e estratégica com a população do fluxo. A perspectiva de uma escuta qualificada do usuário, bem como da oferta de um espaço de diálogo sobre diferentes possibilidades de uso de crack, trazia uma qualidade sem igual para o trabalho dos redutores de danos, que outrora eram vistos como meros distribuidores de preservativos. Os redutores de danos não gostam de ser confundidos com meros doadores de insumos. A distribuição de cachimbos e outros insumos são uma forma de iniciar a aproximação e estabelecer vínculo (RUI, 2013). Na medida em que realizávamos as oficinas de cachimbo dentro do fluxo, nos aproximávamos não apenas das pessoas que usam crack, mas também das equipes de agentes sociais e de saúde que atuavam no território. Essa aproximação com os trabalhadores nos levou a refletir sobre a necessidade de intervenção junto aos moradores dos hotéis do *Programa De Braços Abertos*. Um dos hotéis - (conhecido como Hotel da Dona Laíde -) ficava bem ao lado do fluxo. (A entrada do hotel era em frente à Praça Coração de Jesus, e o fluxo nessa época se concentrava na Rua Dino Bueno, entre a Rua Helvétia e a Praça Coração de Jesus).

As agentes sociais que trabalhavam nesse hotel estavam tentando construir espaços coletivos de diálogo com os moradores no sentido de refletir sobre redução de danos e práticas de autocuidado associadas ao uso de crack e nos convidaram para fazer uma oficina de cachimbo dentro do hotel. Ao conversarmos com Dona Laíde sobre essa possibilidade, entendemos que a oficina de cachimbo não seria a intervenção mais adequada, uma vez que não havia consenso sobre o consentimento de se usar crack dentro da moradia. Decidimos então realizar uma roda de conversa sobre redução de danos, utilizando como ponto de partida as estratégias de autocuidado contidas em nosso material educativo. Mais uma vez, a parceria com o PM-DST/AIDS-SP possibilitou o sucesso da intervenção, pois nos foi fornecido um *banner* que continha o conteúdo do material educativo, de maneira que as rodas de conversa pudessem ser facilitadas. O sucesso dessa primeira roda de conversa nos levou a estabelecer uma parceria com as equipes dos hotéis do DBA e a partir daí iniciamos um ciclo de rodas de conversa sobre redução de danos em todos os hotéis que eram nas imediações da Cracolândia. Essas rodas de conversa eram realizadas por dois redutores de danos em conjunto com a supervisora e mais um profissional da equipe de saúde mental ou da assistência social que estavam veiculados aos hotéis. As temáticas desenvolvidas eram decididas a partir da roda de conversa anterior, sempre levando em consideração a demanda que os participantes da atividade traziam como temas importantes a serem discutidos. Estratégias de redução de danos, organização financeira e,

atividades de lazer foram alguns dos temas desenvolvidos ao longo dos seis meses que essas rodas de conversa foram realizadas.

As rodas de conversa, em conjunto com as oficinas de cachimbo, que continuavam a acontecer semanalmente no fluxo, proporcionaram a criação de uma identidade da equipe do PRD dentro do fluxo, e aqueles que eram reconhecidos como meros distribuidores de preservativos, passaram a serem reconhecidos como parceiros efetivos na construção de práticas de autocuidado, bem como serem vistos como profissionais que escutavam os usuários e não exerciam nenhum tipo de exigência ou julgamento moral quanto às suas escolhas pessoais e práticas sociais. As rodas de conversa sobre atividades culturais levaram os redutores de danos, em conjunto com alguns usuários e frequentadores do fluxo, a identificar a ausência de atividades de lazer na região, e o PRD, em conjunto com esses usuários, começa a promover oficinas de futebol dentro do fluxo. Essas oficinas aconteciam semanalmente, em um terreno baldio das imediações e tinha como perspectiva a criação de um time de futebol da Cracolândia, que pretendia participar do circuito alternativo de futebol e das copas promovidas pelos serviços de saúde mental.

A proximidade da equipe do PRD com os trabalhadores de saúde, assistência social e do trabalho que atuavam como trios nos hotéis gerou uma identificação por parte da coordenação do DBA, da necessidade de sensibilização e qualificação desses trios no que tange à redução de danos e a distribuição de insumos para uso de crack. Fomos convidados a realizar uma capacitação continuada nas reuniões de supervisão que essas equipes realizavam semanalmente. Durante seis semanas estivemos presentes nessas reuniões discutindo temas relacionados ao uso de psicoativos, estigmas sofridos pelos usuários, estratégias de cuidado e de intervenção, redução de danos e distribuição de insumos para essa população. A participação nessas reuniões possibilitou uma maior aproximação entre os redutores de danos e os outros agentes atuantes no território, bem como a consolidação do PRD como uma referência no que tange a redução de danos enquanto política pública no território da Cracolândia.

Outras atividades de prevenção em ao HIV e de redução de danos foram realizadas pela equipe do PRD dos Campos Elísios no período do *Programa De Braços Abertos*. Dentre elas, queremos ressaltar a participação ativa nas tendas de RD promovidas pela Secretaria de Saúde durante a Virada Cultural do ano de 2016. Essas tendas tinham como equipe os redutores de danos e agentes de saúde que distribuíam água, guaçatonga, balas de caramelo, piteiras de silicone e canudos plásticos para uso de cocaína aspirada, bem como preservativos, gel lubrificante e informativos. Outra ação importante foi a capacitação dos redutores de danos para testagem rápida de HIV com por fluido oral.

Os redutores de danos, em conjunto com a coordenadora do PRD dos Campos Elísios e representantes do PM-DST/AIDS-SP realizaram testagens extra muros utilizando o teste apor base de fluído oral. Essas testagens eram realizadas nas cenas de uso de crack e também de outros psicoativos, as quais cujo PRD costumava realizar suas ações semanalmente. A metodologia de trabalho consistia na oferta da testagem nas cenas de uso. Enquanto a pessoa que usa psicoativos realizava os procedimentos técnicos da testagem, ela respondia a um questionário que continha perguntas não apenas sobre suas práticas sexuais, mas também sobre o uso de psicoativos. Na medida em que o redutor de danos ia aplicando o questionário, realizava também a educação em saúde com aquele o usuário, dando informações sobre redução de danos relacionadas às substâncias que aquele indivíduo relatava fazer uso, propiciando um espaço seguro para que os indivíduos tirassem dúvidas sobre saúde e sexualidade, bem como sobre o uso de psicoativos. Fazia parte da metodologia de testagem também a existência presença do vinculador. Aqueles indivíduos testados que recebiam o resultado positivo, tinham no redutor de danos um parceiro e facilitador para início e a adesão e início do tratamento. O redutor de danos ficava em contato com aquele indivíduo até que ele retornasse fosse ao serviço de saúde para fazer o teste confirmatório do resultado positivo para HIV e agendasse a primeira coleta de exames e consulta com um médico infectologista. O trabalho de vinculação era realizado pelo redutor de danos em conjunto com a coordenadora do PRD, de maneira que não apenas a pessoa que tinha realizado o teste, mas o redutor de danos que tinha ficado responsável pela vinculação se sentissem seguros e respaldados pelo serviço de saúde. Os dados levantados pela realização dessa atividade de testagem extramuros ainda não foram sistematizados, cabendo uma possibilidade sistematização e avaliação para produção futura de um artigo sobre o tema.

A derrota do Prefeito Fernando Haddad na tentativa de reeleição para o governo municipal e vitória de Dória no primeiro turno, ameaça a continuidade não apenas da política pública pautada na redução de danos como também de uma política de redução de danos e prevenção em do HIV pautada na efetivação e garantia de direitos das pessoas que usam psicoativos. Ao sair vitorioso ganhar das eleições, João Dória anuncia a não continuidade do *Programa De Braços Abertos*. Estava claro que haveria um desmonte dos serviços e projetos existentes na Cracolândia pautados na redução de danos e o retrocesso que aconteceria a partir da posse de Dória como prefeito. Muitos trabalhadores do território, militantes de coletivos de Direitos Humanos e antiproibicionistas e organizações de Direitos Humanos expressaram sua preocupação não apenas com o desmonte dos serviços, mas com a abordagem truculenta e o excesso de vivência a qual aquela população estaria exposta.

Nessa perspectiva, esse grupo de trabalhadores, militantes e pesquisadores se reúne para pensar estratégias de resistência e defesa dos direitos daquela população. Assim surge *A Craco Resiste*.

2.2.9 A Craco Resiste

No final de 2016, a derrota de Fernando Haddad na disputa pela reeleição para a prefeitura do município de São Paulo, deixa trabalhadores do território da Cracolândia, militantes e pesquisadores de redução de danos apreensivos quanto ao futuro da população que ali vive. Em paralelo a isso, uma militante antiproibicionista, redutora de danos de uma ONG que trabalhava na região e mestranda da USP perde todos os registros de seus cadernos de campo (material que seria a base da escrita de sua dissertação), e decide, junto com um amigo que trabalhava na região pela Secretaria de Direitos Humanos, fazer uma imersão etnográfica no fluxo (COSTA, 2017). Depois de tudo organizado logisticamente, a dupla passou uma semana, todas as madrugadas, nas malocas da Cracolândia. Nesse período, conversavam muito com as pessoas que ali vivem sobre a necessidade de criarem estratégias de resistência, pois a política que seria implantada pelo por Dória, futuro prefeito de São Paulo, colocava em risco a segurança de todos que ali lá moram e frequentam.

A alternativa construída com os usuários, era a permanência de pesquisadores e militantes em direitos humanos no território, mas não como meros expectadores da realidade do fluxo. Os usuários se incomodavam muito com a presença de pessoas de fora dali que iam visitar o DBA e conhecer a Cracolândia. No período do DBA, isso era recorrente. Órgãos internacionais, pesquisadores do mundo inteiro e de todas as partes do Brasil queriam ver de perto a realidade do *Programa De Braços Abertos*. Em 2015 até o Príncipe Charles visitou o território. Os moradores do fluxo sentiam-se expostos e constrangidos com esse “turismo sobre a miséria”, como costumavam falar. Diziam que esses aqueles visitantes tratavam a Cracolândia como zoológico, e não gostavam dessa presença no território. A proposta que surgiu na construção com os moradores do fluxo foi a presença militante de maneira propositiva, com rodas de sambas e atividades culturais desenvolvidas para os moradores do território.

No final de sua experiência etnográfica no fluxo, essa dupla de pesquisadores chama vários parceiros de diversos movimentos sociais e coletivos ligados à luta antiproibicionista, à redução de danos, e aos Direitos Humanos para uma reunião no sentido de organizar atividades e pensar estratégias continuadas de resistência ali naquele território. Nessa reunião, também participaram moradores do fluxo e, a partir daí, criou-se o coletivo *A Craco Resiste* (esse nome

foi sugerido por um dos moradores do fluxo, e tem o objetivo de garantir os direitos humanos daquela população). Ao contrário do que a mídia e alguns setores do poder público dizem, o nome *a A Craco Resiste* não faz referência à defesa da existência daquele espaço como fim em si mesmo, mas que ela vai existir enquanto não forem legalizadas todas os psicoativos, as pessoas não tiverem onde morar, onde se divertir e enquanto as cadeias existirem. Os militantes da *Craco Resiste* entendem a existência da Cracolândia como uma expressão da questão social, e que o seu fim não pode acontecer a partir de políticas higienistas, racistas e manicomialistas.

Inicia-se, portanto, uma agenda diária de vigílias culturais no fluxo. Rodas de Samba, cinema a céu aberto, shows e, churrasco são algumas das atividades organizadas por esse grupo. Em paralelo a isso, o coletivo utiliza um teatro das imediações para se reunir e fazer formações e rodas de conversa em redução de danos. Muitos dos participantes do coletivo, naquele momento, tinham uma prática de militância nos direitos humanos, ou com população de rua, mas eram distintos os conhecimentos sobre antiproibicionismo e redução de danos. A ideia dessas formações em redução de danos por meio de rodas de conversa/formações, era garantir que todos os participantes das atividades do coletivo tivessem um mínimo de conhecimento e entendimento comum sobre a questão do uso de psicoativos e da redução de danos, que pautava a existência daquele coletivo.

O objetivo dessas atividades culturais não era apenas proporcionar aos moradores da Cracolândia o acesso ao lazer e à cultura, mas se colocar presente no território, pois já era de conhecimento do fluxo e da militância que corpos brancos de uma classe social mais privilegiada e com conhecimento sobre direitos humanos inibe a violência policial e pode denunciar nas mídias quando acontecesse violações de direitos. No período de janeiro de 2017, as atividades aconteciam no fluxo quase que diariamente. O início do ano letivo e a retomada da rotina de trabalho, porém, fez com que a frequência das atividades diminuísse e acontecessem principalmente aos finais de semana.

Antes mesmo de assumir o mandato de prefeito do município de São Paulo, João Dória prometeu acabar com a Cracolândia. Mudou todo efetivo da GCM que atuava no território (a GCM no período do DBA recebia formação continuada em RD e apesar de haver a presença constante da violência policial, ela não se dava da maneira tão truculenta como com o novo efetivo). O aumento da violência policial no território era constantemente denunciado em mídias sociais pela *Craco Resiste*, que passou a organizar as vigílias de maneira que, ao invés de atividades culturais, houvesse também a resistência e denúncia das violações que aquela população estava sofrendo.

No final de abril de 2017, uma ação truculenta da polícia Polícia Militar em conjunto com a GCM anuncia a perspectiva do que chamaram de o “o Dia D”. Havia a perspectiva de uma grande ação policial articulada entre os governos estadual e o municipal com o objetivo de “acabar com a Cracolândia”. A *Craco Resiste* faz um chamado público nas redes sociais para uma nova articulação de militantes dos Direitos Humanos e da RD para se aproximarem e pensarem em estratégias para se colocarem presentes no território e não apenas denunciar as situações de violência, mas tentar barrar, de alguma forma, o processo de violação de direitos que estava sendo prometido pelo Governador e pelo Prefeito. É nesse momento que iniciamos nossa participação como parte integrante do coletivo *A Craco Resiste*. Cria-se, então, uma agenda de vigílias, nas quais os participantes se colocavam presentes no território nos horários em que a limpeza acontecia (é principalmente no horário da limpeza que as ações policiais acontecem: utilizam bombas de efeito moral e tiros de borracha contra as pessoas que estão no fluxo para forçá-los a se deslocar de uma rua para outra enquanto o caminhão da limpeza urbana passa recolhendo o lixo e os pertences das pessoas).

Depois dessa ação do final de abril, a limpeza parou de acontecer. Durante 15 dias foi-se acumulando o lixo e dejetos na Rua Dino Bueno e suas imediações. Essa ausência da limpeza criava não apenas um estado de calamidade em termos sanitários, mas também um clima de tensão entre os frequentadores do fluxo, que ficavam em permanente estado de alerta e medo de qual seria o próximo passo de intervenção estatal naquele território. Em meados de maio de 2017, após quase um mês sem a limpeza e às vésperas da Virada Cultural, o município de São Paulo retoma a atividade de limpeza diária do fluxo, ainda na promessa de que em breve haveria o tal “Dia D”. No dia 21 de maio de 2017, em plena virada cultural, alguns participantes da *Craco Resiste* são avisados que a grande ação policial estava marcada para aquela madrugada. Os militantes do coletivo se reúnem no teatro, pois estava acontecendo ali uma festa como parte da programação da Virada Cultural. Ao amanhecer do dia, um grande aparato policial da Polícia Militar e da GCM, composta por grupos de operações especiais, viaturas, helicópteros e homens fortemente armados ocupa as ruas da região da Cracolândia e realiza uma mega operação policial de retirada da população daquele local. Acompanhados de jornalistas, militantes da *Craco Resiste*, em conjunto com jornalistas acompanham a ação policial de perto, filmando toda atividade da polícia e muitas vezes se colocam entre os policiais e os moradores do fluxo, a fim no sentido de garantir a retirada pacífica daquela população e impedir que a violência física por parte da polícia acontecesse.

O fluxo migrou para a Praça Princesa Isabel onde permaneceu por apenas algumas semanas, retornando para a Praça do Cachimbo, onde se localiza até hoje. Havia a preocupação

constante de que os governos estadual e municipal implantassem o processo de internação compulsória. A *Craco Resiste*, que já estava em vigília diária no território, intensificou sua presença nos dias que se seguiram, e em algumas situações, chegou a realizar um cordão humano entre a polícia e o fluxo, como uma maneira de barrar da violência policial contra aquela população. Os moradores da região também se organizaram contra a megaoperação e, em articulação com movimentos de moradia e com a *Craco Resiste*, ocuparam a sede da Secretaria de Direitos Humanos do Município de São Paulo. Esta ocupação durou 10 dias e resultou na saída da então Secretária de Direitos Humanos, que justificou sua demissão com a discordância da forma arbitrária e violenta que o atual governo do município de São Paulo estava lidando com a questão da Cracolândia. Muitas universidades (USP, PUC, e Mackenzie, entre outras) e Conselhos Regionais de categorias profissionais (CRESS, CRP, COREN) organizaram manifestos de repúdio à megaoperação e criaram espaços de diálogo e debate sobre a situação vivenciada pelas pessoas que vivem na Cracolândia. Representantes da *Craco Resiste* eram chamados para debates, rodas de conversa, palestras, aulas abertas e outros espaços de debate sobre debater a questão da violência policial na Cracolândia., Assim, o movimento acabou se consolidando como um “porta-voz” de uma “contra--narrativa” na disputa de projetos políticos para a população usuária de psicoativos em situação de rua do centro de São Paulo.

A partir daí, o coletivo cresceu significativamente não apenas em termos de número de participantes, mas também em sua visibilidade por sua atuação no território da Cracolândia. Esse crescimento demandou do coletivo uma maior organização e sistematização de seus princípios. Desde então, *A Craco Resiste* se coloca desde então como um coletivo autônomo (não está ligado a nenhum partido ou organização política), horizontal (não existe uma estrutura hierarquizada de poder, na qual alguns decidem para todos realizarem) antipunitivista (defende o fim do sistema carcerário), antimanicomial (defende o fim dos manicômios e o cuidado em liberdade), antiproibicionista (defende a legalização de todas as substâncias psicoativas), antirracista, antimachista e que atua dentro do paradigma da redução de danos fazendo a disputa de projetos ético-políticos no território da Cracolândia.

O coletivo não tem uma carta de princípios formalizada e que, apesar das inúmeras tentativas de formalização, ainda não conseguimos concretizá-la. O coletivo tem uma circulação muito grande de pessoas, e sempre faz chamados nas redes sociais para a entrada de novos participantes. Esta circulação rotatividade de pessoas, sendo que— algumas iniciam uma participação mas não dão continuidade —, é um fator que por um lado prejudica no sentido de formalizar um documento com nossas diretrizes, mas nos coloca sempre na necessidade de organizarmos capacitações, formação e rodas de conversa sobre a redução de danos, o

antiproibicionismo e sobre os outros princípios que norteiam nossa prática. Avaliamos que a construção dessa carta de princípios é fundamental não apenas para a organização interna do coletivo, mas também no sentido de garantir que as pessoas que se aproximam e se sentem convidadas a estar em nossas ações tenham clareza no da nossa perspectiva ético-política. Ao longo desses três anos de existência do coletivo, passamos por algumas situações nas quais algumas pessoas que se aproximaram do coletivo e passaram a atuar ativamente em nossas atividades, mas possuíam posicionamentos políticos divergentes daqueles preconizados por nós.

Muitas pessoas se sentem mobilizadas com a situação de vulnerabilidade que as pessoas que moram na Cracolândia vivem e são impelidos a ajudar de alguma forma e procuram a *Craco Resiste* para participar das atividades. A falta de conhecimento em redução de danos e a ausência de uma visão mais crítica sobre aquela realidade social levam essas pessoas a reproduzirem discursos do senso comum no sentido de promover àquela população um caminho para a abstinência de uso de psicoativos, bem como a compreensão de que a polícia ou o Estado são agentes de possível transformação com os quais devemos dialogar. Entendemos essa prática de intervenção como sendo assistencialista e reprodutora do pensamento hegemônico da “Guerra às Drogas”. E a presença de pessoas que buscam atuar pela *Craco Resiste* nessa perspectiva já gerou inúmeros conflitos e desgastes dentro do coletivo, que poderiam ser evitados caso houvesse a Carta de Princípios já tivesse sido elaborada.

Nossa compreensão é que a polícia é um agente de violência naquele território, e que a busca de transformação daquela realidade não passa pelo diálogo com essa instituição, mas e sim a partir da denúncia de seus abusos e violações de direito. O fato de sermos antipunitivistas nos coloca em confronto direto com a ideologia policialesca, que criminaliza não apenas o usuário de psicoativos, mas também a população preta e periférica, reproduzindo estigmas sociais e criminalizando, portanto, a situação de pobreza que a população da Cracolândia vive. Apesar dessa leitura ser interpretada com certa radicalidade não apenas pela população em geral, mas também por outros movimentos sociais ligados à redução de danos, entendemos que o enfrentamento em relação à atuação da polícia naquele território não apenas se torna urgente, mas também garante uma aproximação e vínculo e aproximação com a população que vive na Cracolândia. Os moradores do fluxo sofrem uma violência cotidiana por parte do aparato policial que atua na região, e ao nos ver dialogando com esses agentes de violência, não nos enxergam como parceiros e acabam por desconfiar da natureza de nossa atuação no território.

Gostaríamos de ressaltar que, apesar de alguns veículos de comunicação nos verem como “porta-vozes” da Cracolândia, não entendemos que seja esse o nosso papel. Entendemos que não podemos ser porta-vozes de uma realidade a qual não vivenciamos, e que, se nos

colocarmos nesse lugar, estaremos tirando a voz daquelas pessoas que ali vivem e tirando subtraindo, com isso, o protagonismo e a autonomia daquela população. Entendemos que do lugar de representantes da classe trabalhadora menos pauperizada, estudantes, militantes e trabalhadores comprometidos com a RD, ocupamos espaços privilegiados em nossa realidade social e que nossa função enquanto coletivo é ocupar esses espaços de maneira a fazer a disputa de projetos com a sociedade hegemônica no que tange a questão de uso de psicoativos pela população em situação de rua do centro de São Paulo. Temos como prerrogativa, priorizar a presença de moradores do fluxo nos espaços de fala para os quais somos convidados, mas por questões de logística, organização pessoal e segurança deles, nem sempre isso é possível. Colocamos aqui a preocupação com a segurança no sentido da possibilidade de garantir a volta segura para o fluxo em segurança. Muitas vezes, ao sair dos espaços os quais são convidados para falar de suas experiências de moradores da Cracolândia, essas pessoas sofrem abordagens policiais violentas e outros tipos de preconceitos relacionados a estigmas dos quais já discorreremos nesta dissertação.

Por sermos um coletivo autônomo e horizontal, contamos com militantes que possuem diferentes compreensões acerca do caminho para a transformação social. Temos em nosso coletivo anarquistas, socialistas, comunistas,, militantes de alguns partidos de esquerda e, apesar das divergências políticas, temos um entendimento comum quanto à perspectiva de atuação no território da Cracolândia pautada nos princípios discorridos acima. Essa pluralidade de concepções de mundo é entendida por nós como algo positivo no sentido de não nos sectarizarmos para conseguirmos estar juntos por uma atuação política independente de nossas divergências ideológicas. Num outro sentido, essa pluralidade também dificulta, por exemplo, a construção do documento norteador, pois não temos um consenso, inclusive, sobre a necessidade de existência desse documento. A *Craco Resiste* toma as decisões a partir da construção do consenso entre seus militantes. Essa forma de decisão visa o não autoritarismo e arbitrariedade nos encaminhamentos dados pelo coletivo, mas entendemos que a construção do consenso muitas vezes acaba sendo mais demorada do que a realidade cotidiana exige em termos velocidade de respostas. Entendemos que a construção do consenso se faz necessária na medida em que não impõe a decisão da maioria sobre o grupo. (Caberia aqui um estudo mais aprofundado sobre formas autônomas de organização de coletivos autônomos e registramos nosso interesse em enquanto coletivo na produção de um artigo sobre o tema).

O PRD Sampa participou ativamente da consolidação desse coletivo no território. A relação entre o coletivo e o PRD é de muita parceria. A maioria dos redutores de danos que atuam na Cracolândia pelo PRD fazem parte do coletivo. Da mesma forma, quando o PRD

precisa cadastrar novos redutores, recruta pessoas que tenham alguma relação de afinidade com a *Craco Resiste*. Essa aproximação e a consolidação de ações se dá não apenas nas trocas de informação (quando o PRD está no território, sempre avisa o coletivo caso haja ação policial ou algum tipo de violência), mas também na construção de atividades em comum (o PRD realiza semanalmente um samba na Cracolândia utilizando os instrumentos musicais do coletivo).

"visando um enfrentamento público e uma "disputa da verdade", redutores de danos vão à Cracolândia para registrar o abuso da polícia. Redutores de danos deixam o trabalho da prevenção para juntar provas contra policiais, objetivando denúncias às violações de direitos. (RUI, 2012, p. 89)

O fim do DBA e a mudança no direcionamento político do PRD (conforme como veremos a seguir), deixou uma sensação de indignação na equipe do PRD e o sentimento de falta de motivação para o trabalho. A crescente violência policial no território e a ausência de respostas efetivas por parte do Estado, bem como o desmonte de políticas públicas pautadas nos Direitos Humanos e na Redução de Danos aumentou o sentimento de indignação da equipe do PRD, não apenas dos redutores de danos, mas também da coordenadora. A busca por um espaço de resistência e de enfrentamento ao desmonte que o atual governo realiza na região foi um motor importante para a aproximação do PRD com *A Craco Resiste*, tornando possível uma atuação mais crítica no território e a realização de atividades antes permitidas pela política pública e que agora estavam sendo cerceadas. Para a coordenação do PRD, a participação em um movimento social foi essencial para a construção de uma crítica quanto à prática profissional, bem como um espaço de luta importante no qual essa pudesse não apenas manifestar suas inquietações, mas propor uma intervenção naquela realidade mais consonante com sua perspectiva político-ideológica. A aproximação do PRD com *a Craco Resiste* também ressignificou a importância da participação em espaços de militância como parte da prática profissional e empoderamento para que sejam feitos os devidos enfrentamentos junto à instituição na qual trabalhamos.

Atualmente, *A Craco Resiste* se mantém presente no território, fazendo uma vigília semanal de distribuição de água para a população do fluxo e também se organizando para estar presente em caso de ação policial. Temos um grupo de participantes que trabalha, mora ou circula pelo território e pode se deslocar facilmente em caso de ação policial. Realizamos também atividades culturais no fluxo uma vez por mês, com rodas de samba, vivência de capoeira, saraus e shows de pessoas artistas convidado. Outra atividade importante da *Craco Resiste* é fazer a disputa do projeto político no que tange o uso de psicoativos em espaços de

mídias sociais. O coletivo organiza espaços de rodas de conversa e troca de experiências abertos à população para ampliar o debate público sobre a redução de danos, bem como elabora e divulga periodicamente vídeos de curta duração explicando alguns dos conceitos nos quais se fundamentam sua intervenção no território.

A mega ação policial não conseguiu acabar com a Cracolândia, conforme o prometido, mas se consolidou como o fim do *Programa De Braços Abertos*. No dia da ação, agentes da prefeitura de São Paulo, no dia da ação, retiraram a placa do DBA da Tenda, numa performance midiática de para consolidar o fim do programa. Porém, os hotéis continuaram a existir e foram sendo, um a um, desmontados, na perspectiva de implantação do programa municipal chamado *Redenção*.

2.2.10 Programa Redenção (2017)

Em janeiro de 2017, Dória assume a prefeitura de São Paulo e declara que antes de julho do mesmo ano acabaria com a Cracolândia. Ele declara também que não dará continuidade ao *Programa De Braços Abertos*, e que instituirá o *Programa Redenção*, em parceria com o Governo do Estado e o *Programa Recomeço*. Em maio de 2017, como já dissemos, a Polícia Militar e em conjunto com a GCM fazem uma mega operação para desmontar a Cracolândia. Essa ação apenas deslocou o fluxo para a Praça Princesa Isabel e, num segundo momento, para a Praça do Cachimbo.

Logo após a Operação de 21 de maio, Dória tenta junto ao Poder Judiciário a autorização para internação compulsória das pessoas que usam crack na Cracolândia. Esse processo é barrado pelo Ministério Público e denunciado em inúmeros veículos da imprensa como uma tentativa extremada de violação dos Direitos Humanos daquela população. A Câmara dos Vereadores de São Paulo cria uma agenda de audiências públicas para discutir as políticas públicas na Cracolândia e muitas Universidades e grupos militantes em redução de danos e DH voltam sua atenção para esta região da cidade. Inicia-se, então, o processo de implantação do *Programa Redenção*, coordenado pela Secretaria de Justiça, em conjunto com outras 10 dez secretarias municipais.

Esse programa acontece numa parceria da Secretaria de Assistência Social com a Secretaria de Saúde. Num primeiro momento, o Secretário de Assistência Social, Felipe Sabará, toma a frente nas ações. Sabará é conhecido pela mídia por fazer parte de uma associação chamada A ARCAH. Essa associação conta com um conjunto de comunidades terapêuticas distribuídas pelo interior do Estado de São Paulo, cujo foco é atender a população em situação

de rua que usa crack. São assinados contratos de parceria entre essas CTs e inúmeras outras para acolherem as pessoas que seriam retiradas da Cracolândia. O grande desafio era convencer essas pessoas a se internarem, uma vez que as medidas de internação compulsória e involuntária haviam sido barradas pelo Ministério Público. Sabará ficou cerca de dois anos como Secretário e saiu do Município no mesmo período que Dória se afastou da prefeitura para concorrer ao Governo do Estado. A Secretaria da Assistência Social, nessa época, ainda continha mantinha as equipes comunitárias de assistência social no território. Muitas demissões aconteceram na tentativa de acabar definitivamente com as equipes de abordagem de rua que atuavam na região. Os trabalhadores dessas equipes sofriam inúmeras violências, tendo havido inclusive um episódio que uma agente social, ao intervir numa abordagem violenta que um policial fazia a um morador de rua, foi detida por mais de 12 horas sob a alegação de desacato a autoridade.

Havia também uma tentativa de desarticulação do Conselho Municipal da Assistência Social, com e uma mudança no regimento interno de maneira que os contratos com as CTs e os repasses de verba não precisassem mais de autorização deste conselho para serem firmados. Os trabalhadores da assistência social da região central e organizações sociais da sociedade civil ligadas a assistência social organizaram inúmeras paralisações e manifestações no sentido de garantir a manutenção das equipes de SEAS (Serviço Especial de Abordagem Social (SEAS) no território da Cracolândia, bem como o controle social dos contratos e parcerias estabelecidos com as organizações sociais.

A mudança no projeto político de enfrentamento da questão social da Cracolândia era evidente. O projeto colocado por essa gestão era o da Política Pública como ações de Segurança Pública e o recrudescimento do combate e da “Guerra às Drogas”. A primeira ação de desmonte do DBA foi o fim do contrato de trabalho dos beneficiários. Ao tirar do beneficiário a possibilidade de trabalho e renda, foi gerando uma situação de insatisfação e desespero, pois todos ali sabiam das dificuldades que teriam se quando tentassem se inserir no mercado regular de trabalho. A perda da renda também constituiu-se como um fator de aumento da vulnerabilidade social, pois muitos ali, apesar de não pagar por moradia e alimentação, se viam encontravam na situação de ter que voltar a pedir esmola ou roubar para poder subsistir, e com isso, pessoas que haviam diminuído consideravelmente e até parado o uso do crack e até parado, retornaram para o fluxo e para o uso intenso e abusivo de crack e outros psicoativos.

As verbas da saúde que antes eram destinadas ao desenvolvimento de ações que priorizassem priorizavam o cuidado em liberdade e a intervenção nas diversas facetas dessa expressão da questão social, foram deslocadas para os contratos com Hospitais Psiquiátricos e com as CTs, deixando claro o retorno da lógica manicomial como solução para o “problema da

Cracolândia”. Os hotéis do *De Braços Abertos* continuaram funcionando, porém, não contavam com nenhum suporte da Secretaria de Saúde ou de Assistência Social, e a Organização Social que administrava os trabalhadores estava cada vez mais reticente quando indagada não apenas sobre os encaminhamentos do projeto, mas também sobre questões pontuais de infraestrutura dos hotéis e reposição de trabalhadores.

Aos poucos, os hotéis foram sendo, um a um, desmontados. Os contratos de aluguel eram rescindidos, a equipe técnica demitida e os beneficiários eram encaminhados para Centros de Acolhida voltados para a população em situação de rua, vagas de internação em CTS, vagas fixas nos ATENDE, nos CTAs (Centros Temporários de Acolhimento) ou nas UAs (Unidades de Acolhimento que funcionam como moradia transitória para aqueles que estão estavam em tratamento nos CAPS). Foram criados quatro⁴ serviços da Assistência Social e da Saúde no território, chamados de ATENDE. Esses serviços se encontravam ao redor do fluxo (um deles funciona até os dias de hoje no local onde se instalava a antiga Tenda do DBA). Esses serviços foram montados com uma infraestrutura precária. Foram construídos a partir de contêineres e eram dormitórios apertados cheios de beliches para que os usuários do serviço dormissem. Esse serviço oferecia vaga fixa nesses dormitórios em condições insalubres, alimentação e um espaço de convivência. As regras de convivência eram rígidas e o portão fechava às 18 horas. Quem não estivesse dentro do serviço dormiria na rua e três ausências no período de um mês se constituía em abandono e perda de vaga. Os ATENDES têm como objetivo abrigar os usuários de crack que estavam na lista de espera para vagas de internação, bem como o paciente recém-saído das internações em CT. A transferência dos moradores dos hotéis do DBA para esses serviços era feita de maneira aleatória, sem o um estudo aprofundado de cada caso e ou sequer a consulta ao indivíduo sobre para qual serviço ele achava que deveria ser transferido. A maior parte dos antigos beneficiários não aderiu ao serviço encaminhado e retornou para o fluxo e para o uso intenso de crack e a situação de rua.

A Coordenação de Saúde Mental convocava trabalhadores e sociedade civil para apresentação do *Programa Redenção*. Nessas reuniões, apresentavam seu projeto, tendo como estratégia Principal o “Esgotamento e Encaminhamento”. Essa estratégia constitui-se na diminuição de ofertas de serviços na região, aumento da força policial repressora, fazendo com que as pessoas que usam crack na região da Cracolândia fossem “obrigadas” a pedir por internação voluntária. Foi criado também um Centro de Atendimento na Praça Princesa Isabel, que funciona como um centro de triagem de vagas, onde os usuários devem se dirigir para serem encaminhados às CTs. Esse centro de atendimento conta com uma equipe de psicólogos e assistentes sociais e os agentes de saúde do *Consultório na Rua*, que realizam abordagens e

acompanhamentos de saúde básica e encaminhamentos de saúde mental anos pacientes do território.

Houve um aumento da procura dos usuários de crack por internação. Porém, há ainda uma dificuldade em se conseguir vagas para o pronto atendimento dessa demanda. As internações podem durar de 15 dias a 3 meses, e, ao sair da internação, o usuário tem uma vaga fixa garantida em um dos ATENDE. É importante dizer que atualmente apenas 2 ATENDES funcionam no território. Dois deles foram fechados e em seus terrenos estão sendo construídos prédios residenciais (falaremos disso adiante). O *Programa Redenção* ainda conta com algumas vagas na Frente de Trabalho, porém, ao contrário do *Programa De Braços Abertos*, para que o indivíduo permaneça no trabalho, é exigido que ele tenha passado por uma internação, esteja abstinente e em tratamento em algum CAPS AD. Este alto nível de exigência dificulta a permanência desses indivíduos no trabalho. A moradia oferecida a eles são as vagas nos ATENDES ou em UAs, que segundo relato dos próprios usuários, por estarem muito próximos ao fluxo, por dividir quarto com quem ainda está em uso intenso de crack e a espera de vagas para internação, é muito difícil se manter abstinente nessas condições. O Programa cria, portanto, um ciclo vicioso na vida desse usuário, que passa por uso intenso, situação de rua, internação em CTs, vagas em Centros de Acolhida, e novamente ao uso intenso e situação de rua. Não há um plano de saúde desses indivíduos para da situação social na qual estão inseridos e esse processo de círculo vicioso acaba não só enfraquecendo o vínculo deles com os serviços, mas também a capacidade deles construírem respostas efetivas para as situações de vulnerabilidade às quais estão expostos.

Ao longo desses anos, o território da Luz passou por muitas transformações. Muitos prédios e casas foram desapropriados e demolidos. No terreno da antiga rodoviária foi construído um empreendimento habitacional numa Parceria Público- Privado e outros empreendimentos habitacionais estão sendo construídos no mesmo perímetro urbano. Houve também a desapropriação e a demolição de um quarteirão inteiro na região (o quarteirão localizado ente Rua Helvétia, Alameda Glete, Rua Barão de Campinas e Avenida Rio Branco) para a construção de uma unidade do Hospital Pérola Byington. Essa mudança na organização e ocupação de território é parte do processo de gentrificação – o qual nos referimos em capítulos anteriores – e corrobora para a urgência na retirada da Cracolândia das imediações da Luz.

A política pública para pessoas que usam crack não apenas no território da Cracolândia, mas no município como um todo é permeada por contradições. Nos documentos norteadores está colocada a perspectiva de cuidado singular e em liberdade, mas, na prática, o que vemos é

uma lógica manicomial de alta exigência. Nas reuniões abertas convocadas pela Coordenação de Saúde Mental para apresentação do *Programa Redenção*, seus coordenadores de tal programa utilizavam apresentações em PowerPoint explicitando estratégias, como a dita citada anteriormente, de “esgotamento e encaminhamento”. Porém, nos documentos norteadores não há sequer uma linha se referindo a essa estratégia. Essa falta de transparência e clareza no direcionamento político e ideológico da formulação da política pública é algo que aparece também nos novos direcionamentos dados ao PRD nessa gestão, como veremos a seguir.

Com a saída de Dória da prefeitura para concorrer ao Governo do Estado de São Paulo, Bruno Covas assume a cadeira de prefeito e acena para uma perspectiva de pequenas mudanças no direcionamento da política pública voltada para usuários de psicoativos. Em 20 de maio de 2019 é aprovada a Lei 17.089 que institui a Política municipal sobre Álcool e Outras Drogas no Município de São Paulo. Essa lei, em seu primeiro artigo, coloca que o objetivo da política municipal de álcool e outras drogas é “executar ações de prevenção, atenção e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas, especialmente aqueles em situação de alta vulnerabilidade e risco social, visando à redução de danos provocados pelo consumo abusivo (...)” (SP, 2019) e faz a distinção entre usuário de psicoativos, usuário abusivo e usuário em situação de alta vulnerabilidade social. Na lei, está contida como perspectiva de atuação nos campos da saúde e da assistência social estratégias de cuidado que levem em conta a liberdade dos indivíduos, e respostas às questões de vulnerabilidade social nas quais eles estão inseridos. No campo da assistência, passa a ser dever do Estado promover moradia salubre e alimentação em equipamentos da Política Municipal da Assistência Social.

No âmbito da saúde, preconiza-se a construção de um Projeto Terapêutico Singular com indicação de tratamento ambulatorial, eventual internação consentida e/ou redução de danos. Aqui é interessante notar que a redução de danos aparece como uma estratégia complementar à estratégia de internação. A lei também determina a promoção de qualificação para o trabalho e o monitoramento ativo de cenas de uso aberto de psicoativos. Nessa lei está a regulamentação do Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool (COMUDA). No nosso entendimento, essa lei representa um avanço no reconhecimento da redução de danos como perspectiva de abordagem para a questão do uso de psicoativos. Porém, avaliamos que ao colocar a redução de danos como estratégia de prevenção e não como o paradigma para se pensar essa política, o município de São Paulo está limitando a redução de danos a uma estratégia que pode ou não ser escolhida, dando margem para que os profissionais se utilizem apenas de estratégias de alta exigência voltadas para a abstinência. No nosso entendimento, só

o fato de um governo conservador regulamentar a política para uso de psicoativos colocando a redução de danos, já é considerado um avanço significativo.

No campo da prevenção das IST e do HIV/ISTADS, o fim do DBA e o início do *Programa Redenção* também trouxeram mudanças significativas em nossa atuação. Cabe ressaltar dizer que não existe há uma lei municipal que regula o PRD enquanto política pública de prevenção no município de São Paulo. Essa ausência de regulamentação deixa os programas muito vulneráveis, pois qualquer governo pode entender que eles não são necessários e decidir pela sua extinção. Ao assumir o governo, João Dória trouxe para o Programa Municipal de HIV/ISTDST/AIDS de São Paulo pessoas que haviam trabalhado nas gestões anteriores ao governo de Fernando Haddad, deixando bem claro que o programa de AIDS voltaria a ser o que era nesses governos, consolidando, do nosso ponto de vista, um enorme retrocesso.

No que tange a prevenção e redução de danos, há uma compreensão por parte dessa equipe gestora de que não cabe ao poder público a distribuição de outros insumos além de preservativos e gel. No entendimento dessa coordenação, a distribuição de insumos de RD deve ser feita pelas ONGs que atuam no território (com financiamento municipal inclusive), mas ao poder público cabem ações mais conservadoras.

Nesse contexto, a primeira determinação do Programa Municipal em relação ao PRD era foi a suspensão das oficinas de cachimbos no fluxo e das rodas de conversa nos hotéis. Essa proibição não veio oficialmente, mas sim através de ligações telefônicas e orientações gerais em reuniões. Isso foi algo que permeou os quatro anos da gestão Dória/Covas. As orientações nunca viam chegavam por escrito, nem quando solicitadas. Eram sempre conversa de bastidores ou em reuniões as portas fechadas nas quais as diretrizes eram passadas, e quando pedíamos que documentassem, inclusive para que não houvesse nenhum mal entendido na execução, a resposta que tínhamos era que não haver havia necessidade de documentação, que pois se tivéssemos qualquer dúvida, poderíamos entrar em contato por telefone com o PM-DST/AIDS-SP na hora que precisássemos. Essa falta de transparência nas diretrizes trazia uma sensação de insegurança e descontentamento na equipe do PRD, pois era muito difícil lidar com tantas sanções que não eram transmitidas de forma clara para a equipe que trabalhava na ponta.

Desde o começo do *Programa Redenção*, havia a compreensão por parte do PM-DST/AIDS-SP que o PRD não deveria mais realizar atividades de campo na Cracolândia. “A Cracolândia, nesse governo, é caso de polícia”, diziam os consultores técnicos do PM-DST/AIDS-SP em inúmeras reuniões com técnicos e agentes do PRD Sampa do SAE Campos Elísios. Havia, portanto, uma “preocupação com a segurança dos redutores” de danos”, que, no

entendimento do PM-DST/AIDS-SP, não conseguiriam fazer prevenção em meio a violência policial. Por outro lado, havia uma tentativa por parte da equipe do mesmo programa em manter o insumo de protetor labial para as pessoas que usam crack. Esse insumo não seria mais feito` a base de Guaçatonga, e sim com calêndula, que também é conhecida por suas propriedades cicatrizantes. Havia, assim, mais uma contradição na política de prevenção e redução de danos do município. Ao mesmo tempo que orientavam para que o PRD saísse do fluxo, criavam um insumo para ser utilizado no fluxo e exigiam um relatório de monitoramento e avaliação nos mesmos moldes do relatório realizado quando o governo anterior introduziu a pomada de Guaçatonga como insumo de prevenção. A orientação era para que fôssemos apenas uma vez por mês ou a cada quinze 15 dias a campo na Cracolândia, apenas para distribuir a Calêndula e realizar avaliação sobre adesão. As novas diretrizes de atuação demonstravam um total desconhecimento acerca do trabalho de prevenção em cenas de uso de psicoativos, bem como da dinâmica própria da Cracolândia. Nessas orientações, a prioridade era a geração de dados e indicadores da resolutividade da política pública, que desconsiderando desconsiderava a necessidade de manutenção e vínculo com o território e as pessoas que dele as quais fazem parte do mesmo, bem como a efetividade do trabalho e continuidade de ações que visem tivessem por objetivo não apenas uma mera distribuição de preservativos ou insumos de prevenção, mas a possibilidade de diálogo e reflexão sobre assuntos considerados tabus na nossa sociedade: sexualidade e uso de psicoativos.

Aos olhos dos redutores de danos, as novas diretrizes caminhavam no sentido deles voltarem a ser meros distribuidores de preservativos, um trabalho subalternizado e mecanizado, que tinha muito pouco a acrescentar na perspectiva de suas vidas e de suas militâncias dos mesmo. Enquanto integrante da equipe do PRD do SAE Campos Elísios, tomamos a decisão de nos manter semanalmente na Cracolândia. Num primeiro momento decidimos manter a oficina de futebol que acontecia semanalmente no terreno baldio. Porém, depois da ação de 21 de maio, aquele terreno foi fechado e iniciou-se a construção do empreendimento imobiliário que o qual já falamos nos referimos acima. Tentamos manter essa atividade jogando bola na Rua Helvétia, ao lado do fluxo, mas inúmeras foram as situações de embate com a polícia, que não queria que mantivéssemos a atividade no local, chegando a estacionar a viatura bem no meio da rua só para que a roda de futebol não fosse possível de ser concretizada. A nossa decisão era de manter as atividades semanais na Cracolândia sem o devido consentimento ou conhecimento por parte dos gestores da política pública de prevenção em HIV e RD. A equipe doava um valor simbólico da sua ajuda de custo para comprar as piteiras de silicone, de maneira

que pudéssemos continuar com o trabalho de redução de danos ali, independente da política pública determinada para aquela população.

Com a inviabilidade de manutenção da oficina de futebol, pensamos em outras estratégias de atuação no território. Biblioteca itinerante, oficina de bambolê e, oficina de pipas foram algumas das nossas tentativas, até que, ao notar o sucesso empreendido nas rodas de samba organizadas pela *Craco Resiste*, decidimos emprestar alguns instrumentos do coletivo e iniciar essa atividade de maneira semanalmente no fluxo. Era um momento que a oficina de samba que acontecia desde o DBA dentro da tenda deixava de acontecer. Os redutores de danos do CAPS AD- Sé, desde a *o Programa Ação Integrada Centro Legal*, iam todas as 5as quintas-feiras para ao território para realizar a roda de samba. Esses redutores de danos e oficineiros foram demitidos no início do Programa *Redenção*, acabando com essa atividade que tinha resistido às diferentes gestões e políticas públicas no município. A retomada da roda de samba por parte do PRD baseava-se no entendimento de que naquela situação de violência e desmonte de serviços ofertados, ter uma equipe que promovesse uma atividade de lazer era fundamental não apenas para a manutenção da qualidade de vida daquela população, mas também para na manutenção do vínculo dos redutores de danos com as pessoas que frequentam o território.

Nesse período, o PRD começa a sofrer sanções por parte do Programa Municipal de DST/AIDS. Como já dissemos, o PRD realizava capacitações continuadas, cujos eixos a serem discutidos eram decididos pela equipe a cada semestre em um planejamento estratégico. No ano de 2017, devido à velocidade das mudanças e imposições, escolhemos fazer a capacitação sem emissão de certificado nem comunicação com o PM-DST/AIDS-SP, pois entendíamos que a equipe gestora ainda estava se ambientando ambientava e estava muito ocupada em formular respostas para às demandas com as quais trabalhavam, e que nossa solicitação talvez não fosse adequada. No final de 2017, na reunião de avaliação dos projetos de prevenção, ao falarmos sobre a testagem rápida com por fluido oral em ações extra-muros, fomos veementemente criticados pela coordenadora do programa municipal, que nos disse na ocasião que o redutor de danos não deveria estar realizando esse tipo de trabalho de prevenção. Essa negativa do PM-DST/AIDS-SP frente a possibilidade de testagem extra-muros como insumo de RD nos deixou paralisados, pois entendíamos que nossa estratégia de permanência nas cenas de uso seria o foco não mais no cuidado com uso de psicoativos, mas na ampliação da ação relacionada à meta 90-90-90, que abordamos (já falamos disso em capítulos anteriores) anteriormente.

No início de 2018, o PRD do SAE Campos Elísios realizou o planejamento de suas capacitações, com eixos como Redução de Danos e Gênero, Redução de Danos e Raça e, Redução de Danos e Sistema Carcerário, entre outros. Os temas foram escolhidos definidos em

conjunto com os redutores de danos e com a coordenação do PRD do SAE nos Campos Elísios, escolhemos as datas e os convidados que falariam em cada dia. A capacitação acontecia em um encontro por mês e sempre abríamos para redutores de danos de outros territórios ou outros trabalhadores da Cracolândia participarem. A participação na formação garantia um Certificado de 24 horas de formação em RD, que podia ser usado tanto para estudantes universitários comprovarem atividades de horas complementares, quanto para profissionais comprovarem formação em RD na disputa de vagas de trabalho. Com a chegada de novos membros consultores para cuidar gerenciar dos projetos de prevenção no PM-DST/AIDS-SP e a aproximação destes com o serviço, decidimos divulgar para o PMSP Programa Municipal nossa agenda de capacitações, de maneira que outros redutores de danos pudessem participar.

Num primeiro momento, a equipe do Programa Municipal se demonstrou muito entusiasmada com nossa iniciativa e se colocou à disposição inclusive para ajudar com coffee-break e os certificados. Porém, no dia do 1o primeiro encontro, algumas horas depois deste ter acontecido, recebemos um e-mail nos comunicando que as capacitações deveriam ser interrompidas sem por prazo indeterminado. Ao indagar à gerente do SAO SAE Campos Elísios sobre o porquê de tal decisão, ela nos comunicou que a “ordem veio de cima”, que a coordenação do PM-DST/AIDS-SP estava indignada que uma técnica de prevenção fizesse capacitações quando na verdade era o PM-DST/AIDS-SP que deveria capacitar e dar as diretrizes de ação, e que, portanto, se insistíssemos nessa ideias seríamos retirados das ações de prevenção.

Essa notícia foi recebida com muita tristeza e indignação por parte dos redutores de danos, e, à revelia do que preconizava a coordenação do PM-DST/AIDS-SP, mantivemos a agenda de formações, porém, sem a emissão de certificado, e a fazíamos as portas fechadas, dizendo que estávamos em reunião de supervisão, para que ninguém descobrisse a verdadeira natureza do nosso encontro. Porém, essa foi a última agenda de capacitações que realizamos nos últimos dois anos. Decidimos não arriscar uma nova agenda clandestina para não nos colocarmos em uma situação de exposição frente ao PM-DST/AIDS-SP.

No início de 2018, o PM-DST/AIDS-SP mudou as diretrizes de acompanhamento dos programas de prevenção, de maneira forma que os mesmos técnicos responsáveis por cada programa pudessem intervir diretamente na gestão dos projetos de prevenção. Uma das mudanças implementadas foi a possibilidade do PM-DST/AIDS-SP cadastrar e descadastrar agentes de prevenção dos projetos sem a anuência ou até mesmo sem consulta aos técnicos responsáveis por supervisionar e coordenar tais projetos em questão. Até 2018, os técnicos de prevenção que coordenavam os projetos de prevenção tinham total autonomia para decidir

quem cadastrar ou descadastrar como agente de prevenção dos projetos os quaisquer supervisionavam. A partir de então, o Programa Municipal tira essa autonomia do técnico, podendo intervir na escolha da equipe participante do projeto de prevenção sem discussão prévia. Essa medida se constitui como uma das facetas autoritárias de atuação dessa gestão, que pelo medo e pelo controle tenta impor a ordem e o cumprimento das diretrizes. Essa atuação é típica de governos conservadores, que através do autoritarismo tentam impor a prevalência de suas diretrizes.

Com essa mudança de diretriz na gestão dos projetos, nós da coordenação do PRD SAE Campos Elísios, que na época contávamos com 20 redutores de danos, dentre eles 2 mulheres trans, um homem trans e uma mulher bissexual, fomos chamadas pelo Programa Municipal e nos foi solicitado que descadastrássemos as pessoas transexuais e bissexuais do projeto, justificando esse descadastramento com o argumento de que existia um projeto de prevenção voltado para essa população. Tentamos argumentar que nas cenas de uso que frequentávamos haviam muitas pessoas trans com uso intenso de psicoativos, e por isso em alta vulnerabilidade social, que a educação entre pares necessitava que existisse houvesse na equipe do PRD pessoas com as mais diversas orientações sexuais e identidades de gênero, e que o projeto de prevenção existente para essa população não dava conta de abordar as pessoas trans em situação de rua ou em uso abusivo de psicoativos -. O projeto que existia havia até então para prevenção de HIV e IST e do HIV/AIDS com pessoas trans no município era um projeto voltado para pessoas trabalhadoras do sexo. Argumentamos inclusive que limitar a atuação de pessoas trans apenas em projetos que atuam com trabalhadores do sexo era uma transfobia, pois desconsiderava outras possibilidades de socialização, inserção social e comunitária que não fosse a prostituição. Diante da negativa da equipe do Programa Municipal com todos os argumentos apresentados para a manutenção daquelas pessoas na equipe, solicitamos então que a decisão do desligamento desses redutores de danos fosse apresentada por escrito, como uma forma da coordenadora do PRD justificar para aquelas pessoas o motivo de seu desligamento.

O PM-DST/AIDS-SP recusou-se veementemente a fornecer esse o documento fundamentando o desligamento desses redutores de danos, e diante dessa negativa, chegamos a um impasse que tornou as relações institucionais entre o PRD Sampa do SAE Campos Elísios e o PM-DST/AIDS-SP bem comprometidas. Essa situação mostra mais uma vez a contradição presente em toda formulação e implantação da política pública nas gestões de Dória e Covas. De um lado, o PM-DST/AIDS-SP decide ter autonomia de escolher quem cadastra e quem descadastrar nos projetos de prevenção e em nome desse poder, escolhe descadastrar 4 quatro agentes de determinado projeto. Por outro lado, a coordenação do PM-DST/AIDS-SP não

exerce a autonomia de descadastrar por si própria esses agentes e tenta impor à técnica de prevenção responsável pelo projeto que ela cumpra as ordens e realize o cadastramento, mesmo não concordando com isso. Esse é um exemplo de como as relações de poder e de autoritarismo vão se desvelando.

Em 2019, após realizarmos as ações de prevenção no Carnaval, o PM-DST/AIDS-SPO chama as técnicas de prevenção do SAE Campos Elísios e comunica uma reestruturação nos projetos daquela unidade. Relata que a partir daquela data haveria uma diminuição nas equipes de prevenção (o PRD passaria a contar com apenas 10 redutores de danos), reforça que o campo da Cracolândia está proibido e exige que as pessoas trans sejam desligadas do PRD. Nesse momento, há uma ameaça explícita de que caso não acatássemos às decisões, seríamos retiradas da coordenação do PRD. O Programa Municipal apresenta a lista de quais redutores de danos devem ser desligados para a realização dessa reestruturação – todas as participantes da lista eram mulheres, dentre elas uma mulher trans e duas mulheres negras. Essa reestruturação também modificava nossos campos de atuação. As cenas de uso de outros psicoativos que realizávamos no centro de São Paulo seriam substituídas por trabalho de prevenção em festas de sexo¹⁶, que seriam implantados em conjuntamente com a equipe técnica de prevenção do PM-DST/AIDS-SP. O cadastramento de metade da equipe de redutores gerou não apenas uma agitação muito grande por parte dos redutores quanto à arbitrariedade das atitudes impostas pela equipe do PM-DST/AIDS-SP como também a necessidade de reestruturação e reorganização das atividades realizadas pelas duas equipes que existiam no PRD até esse momento.

A partir daí, houve uma fusão das duas equipes e uma redivisão dos grupos de trabalho, bem como dos campos realizados. Nossa estratégia de resistência foi a manutenção das rodas de samba todas as sextas-feiras no fluxo clandestinamente. Entendemos que essa escolha nos coloca põe comprometidos com a perspectiva da redução de danos no sentido de nos colocarmos na defesa do acesso à saúde das populações usuárias de psicoativos em situação de maior vulnerabilidade. Não fazia sentido para a equipe de redutores de danos do SAE Campos Elísios deixar de fazer campo na Cracolândia para se debruçar apenas sobre os campos que tinham uma população mais privilegiada – essas festas de sexo exigem compra de ingressos e

¹⁶ Existe atualmente no centro de São Paulo um grande número de coletivos que organizam festas para a população LGBTQI+ chamadas de “festas de sexo”. São festas que acontecem em grandes galpões nos quais seus participantes podem ficar frequentar as festas nus ou vestidos com fantasias de cunho sexual, se consolidando-se como uma nova expressão dos “dark rooms” das festas eletrônicas ou das casas de swing.

acabam por ter uma população representante de uma parcela da classe trabalhadora menos empobrecida.

No final de 2019, o PM-DST/AIDS-SP realiza mais uma reunião no SAE Campos Elísios. Dessa vez com a presença de técnicos e agentes de prevenção. O objetivo do encontro era solicitar um mapeamento das cenas de uso acessadas e de novas cenas de uso de psicoativos no centro de São Paulo onde nas quais os redutores de danos pudessem iniciar o trabalho de campo. Nessa reunião, o PM-DST/AIDS-SP reforçou a orientação de que o campo da Cracolândia estava suspenso e fundamentou essa decisão na orientação de que a política de Saúde Mental voltada para usuários de psicoativos havia estabelecido: na Cracolândia, o trabalho é a partir da internação em comunidades terapêuticas e a meta é a da abstinência. Segundo os técnicos do PM-DST/AIDS-SP, não tínhamos como, enquanto serviços de AIDS, como atuar no território sob uma perspectiva diferente e até antagônica da política de saúde mental. Essa decisão se apresenta como um retrocesso na política de redução de danos, que pois historicamente, a redução de danos se consolida como um movimento de resistência, denúncia e enfrentamento de formas conservadoras de atuação para com a saúde da população que usa psicoativos e está em situação de rua ou de alta vulnerabilidade social. “A Redução de Danos passou de militância política a uma modalidade de intervenção técnica voltada a interferir nos comportamentos e práticas dos segmentos considerados vulneráveis aos riscos de infecção pelas ISTs /AIDS”. (DOMANICO, 2006)

O objetivo de atuação do PRD passa a ser o fortalecimento nas estratégias de prevenção preconizadas pela mandala da Prevenção Combinada, em especial a distribuição de preservativos e gel, a PEP e a PrEP, cujo significado de cada estratégia (aprofundamos o significado de cada estratégia no capítulo anteriormente). Essa mudança na diretriz do PRD demonstra como a política pública de prevenção ao HIV/AIDS e às ISTs está veiculada vinculada com o projeto de medicalização da vida, no qual o uso de medicamentos passa a ser a estratégia priorizada prioritária para a prevenção, deixando a educação em saúde subalternizada a interesses da indústria farmacêutica e a intervenção pautada no poder do médico em decidir quem tem acesso à prevenção e quem não tem.

Ao indagarmos quanto as estratégias de prevenção pautadas na redução de danos – já que essa é uma das estratégias contidas na Mandala de Prevenção Combinada, e, como já dissemos, no manual que orienta os técnicos sobre a Prevenção Combinada, todas as estratégias têm a mesma importância, não havendo sobreposição ou hierarquia entre as mesmas – obtivemos como resposta que esse governo não trabalha com a parte da Mandala que se refere à Redução de Danos. Nesse sentido, o PRD deixa de ser um agente de prevenção que pensa junto com as

pessoas que usam psicoativos estratégias de auto-cuidado, ou que distribui insumos no sentido da prevenção orientada ao uso mais seguro de psicoativos e passa a ser um agente de prevenção cuja função é garantir o acesso a testagem e medicalização como carro-chefe da prevenção. Essa mudança de paradigma de atuação coloca o redutor de danos numa posição de se afastar do debate sobre uso de psicoativos e concentrar sua atuação como agente de prevenção que acessa usuários de psicoativos. Essa mudança no direcionamento da prática do redutor de danos acaba por despolitizar o papel da redução de danos e diminuí-la a uma estratégia secundária de atuação, cujo objetivo principal é a divulgação da Mandala da Prevenção Combinada, responde às exigências das políticas neoliberais e distorce o significado da direção social das políticas de saúde e consequente focalismo nas ações. (DOMANICO, 2006)

Atualmente, temos o receio que essa mudança de perspectiva de atuação do redutor de danos culmine no fim do PRD enquanto política pública de prevenção em ao HIV e às IST do município de São Paulo. Na perspectiva de que em 2020 temos eleições municipais e na possibilidade de eleição de um governo com projetos políticos conservadores, entendemos que a ausência de um projeto claro de atuação do PRD quanto a população a ser acessada, os insumos a serem distribuídos e a orientação ético-política de sua intervenção nas cenas de uso, pode fazer com que a redução de danos deixe de existir no campo da prevenção em ao HIV e às IST e seja substituída por projetos de prevenção que estejam mais voltados para a abordagem dos usuários de psicoativos no que tange apenas seus comportamentos sexuais, ignorando a importância que o uso de psicoativos tem nos danos e riscos à saúde da pessoa que usam psicoativos no que tange não apenas a práticas sexuais desprotegidas, mas também aos danos à saúde básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A forma como a sociedade contemporânea tem tratado a questão do uso de psicoativos representa a construção de um conjunto de valores ideológicos que fundamentam as ações e a formulação de respostas para o uso de psicoativos na sociedade contemporânea no sentido de aumento das desigualdades sociais, reforço de estigmas, criminalização à pobreza e a militarização da vida cotidiana. A cultura do medo relacionada ao uso de psicoativos fomenta a perspectiva da Política Pública enquanto ações de Segurança Pública, mostrando-se como uma estratégia de intervenção indevida, espalhafatosa e obsoleta. A criminalização de alguns psicoativos está acarretando sacrifícios imensos para a classe trabalhadora pauperizada, muito superiores àqueles causados pelo uso, ou mesmo pelo comércio, desses psicoativos (TORRES, 2015) e é preciso desconstruir a falsa ideia de que a criminalização do uso de psicoativos constitui-se uma solução eficaz para o enfrentamento dos males sociais.

Entendemos que não é possível refletir e construir políticas públicas de saúde coletiva para usuários de psicoativos enquanto a política vigente compreender o uso de psicoativos sob a perspectiva da “Guerra às Drogas”. Apesar de acreditarmos que no âmbito da sociedade capitalista, não há plena efetivação de direitos da classe trabalhadora, isso não impede de travarmos a Luta Antiproibicionista mesmo dentro da sociedade capitalista, pois mesmo do ponto de vista capitalista, há pensadores que defendem a legalização do uso de todos os psicoativos, argumentando que o controle por parte do Estado garante maior qualidade da substância, bem como o direito do usuário como “consumidor”, podendo, assim, garantir-se o acesso não apenas à qualidade do psicoativo enquanto mercadoria a ser consumida, mas também na consolidação de estratégias de cuidado e efetivação de direitos desses usuários.

Quando refletimos sobre a importância de uma política antiproibicionista, gostamos de pensar em como é a vulnerabilidade associada ao uso de alguns psicoativos considerados legais na nossa sociedade. O exemplo do açúcar pode ser bem pertinente para essa reflexão. O açúcar é um psicoativo estimulante, com alto nível de dependência que não é apenas legalizado, mas também estimulado em nossa realidade social. Se o açúcar fosse considerado ilegal, e a pessoa que quisesse utilizá-lo em seu café todas as manhãs tivesse que contatar um fornecedor e, comprá-lo na clandestinidade e correr o risco de ser presa caso algum agente do Estado ao pegasse nessa atuação, será que teríamos mais atenção quanto aos efeitos nocivos do açúcar na nossa saúde? Será que daríamos balas e doces para nossas crianças? Será que não teríamos pessoas expulsas de seus lares ou em situação de extrema vulnerabilidade por não quererem ou não conseguirem parar de usar açúcar?

Alguns pesquisadores e militantes de Direitos Humanos defendem a descriminalização do uso de psicoativos como a melhor estratégia para superarmos a ausência de direitos e de políticas de saúde voltadas para usuários de psicoativos. A descriminalização de psicoativos poderá minimizar relações violentas que dominam a ilegalidade, e diminuir drasticamente a população carcerária e desmontar organizações que associam o comércio de psicoativos ilícitos com outras atividades ilegais, como o crime organizado e o comércio de armas. Mas essa estratégia, porém, não contempla a totalidade da questão do uso de psicoativos, uma vez que a descriminalização incide apenas sobre a mudança de tolerância referente ao uso de psicoativos, mantendo a estigmatização e perseguição de grupos ou classes sociais e de culturas dos países produtores da matéria-prima de alguns psicoativos. E, como já dissemos, não é possível de se consolidar no âmbito da sociedade capitalista.

O projeto antiproibicionista é também um projeto de sociedade, no qual a Redução de Danos é parte. Apesar de ser possível trabalhar na perspectiva da redução de danos na sociedade capitalista, ela se apresenta como uma estratégia limitada de intervenção, e fica diminuída a construção de um conjunto de ações ou intervenções que não atinjam o objetivo de mudança nas várias facetas da realidade social. Defendemos a redução de danos como um paradigma de saúde pública, que leva em consideração não apenas os direitos fundamentais dos indivíduos no que tange o uso de psicoativos, mas também, e principalmente, as determinações sociais e de classe que orientam os limites e possibilidades de uso seguro de psicoativos na sociedade. A redução de danos também leva em consideração a necessidade iminente de uma mudança estrutural na forma de organização da sociedade. Sem que se realize o projeto de uma sociedade mais igualitária e mais justa, a consolidação da redução de danos enquanto paradigma de saúde coletiva é impossível. Nesse contexto, a defesa dos Direitos Humanos das pessoas que usam psicoativos se dá no sentido de superação da ordem vigente e a luta pela consolidação, defesa e ampliação destes direitos estaria inserida em uma luta maior, pela construção de uma sociedade mais justa e democrática.

Na perspectiva da política pública para usuários de psicoativos da região da Cracolândia de São Paulo, o que vemos é que ao longo desta última década, a intervenção do Estado aconteceu defendendo interesses econômicos da burguesia e fortalecendo o estigma acerca do usuário de psicoativos em situação de alta vulnerabilidade social, bem como a criminalização da pobreza. Como vimos, todas as políticas públicas implementadas na região tiveram a gestão a partir da Segurança Pública e um forte aparato policial atuando de forma violenta e opressora. Mesmo nas iniciativas mais progressistas, pautadas na redução de danos, a atuação na Cracolândia se deu a partir do entendimento daquele território como um Estado de Exceção,

justificando mecanismos de controle dos corpos, violações de direitos e repressão. O aumento da presença do estado também aumenta a permanência daquelas pessoas em situação de vulnerabilidade, e todas as iniciativas para retirar a população dali ou “acabar com a Cracolândia” só resultaram no aumento da população naquele local, bem como no aumento da presença do crime organizado e da população de rua. Essa realidade deixa claro que enquanto as políticas públicas estiverem a serviço da manutenção da sociedade capitalista, produtora de desigualdades sociais e violadora de direitos básicos, a Cracolândia não deixará de existir.

Na presente pesquisa, comprovamos a potência das ações pautadas na garantia de Direitos Humanos ali naquele território, e a compreensão de que o uso de psicoativos, bem como a existência da Cracolândia, estão relacionados a determinações sociais inerentes da sociedade capitalista.

Na perspectiva da existência de projetos de Redução de Danos ligados à prevenção do HIV e das ISTs, este estudo deixa claro a importância da distribuição de insumos e construção de espaços de diálogos livres de preconceitos e estigmas para com as pessoas que usam psicoativos e estão em situação de rua ou em alta vulnerabilidade social. Ainda que o insumo não seja o mais adequado para o uso de determinados psicoativos, só o fato do redutor de danos abordar a pessoa que usa substâncias na perspectiva de reflexão sobre formas mais seguras de usar e a construção de estratégias cotidianas de auto-cuidado, o redutor de danos se torna um agente de transformação da realidade na qual aquele indivíduo social está inserido.

[...] essa ação no território, onde uso de drogas está inserido, seja através da troca de seringas, seja através de muitas outras trocas necessárias, é que veicula a integração, o vínculo, a adesão das pessoas. Nesses momentos há uma intervenção coletiva na vida das pessoas e das comunidades, que acionam nos profissionais a possibilidade de encaminhamentos diversos, não apenas com relação à droga. E aqui já se começa a operar a mudança de relação das pessoas com a droga, ofertando outros agenciamentos da vida, justamente porque esses encontros já são uma possibilidade de relação com outros mundos, além da droga. (EICHELBERGER, 2012)

Fica evidente, a partir da avaliação dos diferentes contextos históricos, que vivemos um momento de retrocesso na garantia de direitos e, principalmente, da consolidação da redução de danos como paradigma de saúde coletiva no âmbito da política pública. Faz-se necessária a construção de estratégias de resistência e de luta pela garantia de direitos da população que usa psicoativos na região da Cracolândia, e também em outros espaços da cidade, na perspectiva de superação de práticas intervencionistas que violem direitos e tenham a Segurança Pública como base da Política Social.

No que tange nossa prática profissional como coordenadora do PRD Sampa, refletimos que a formação em Serviço Social se configura como um diferencial na nossa capacidade de

leitura crítica da realidade, bem como de proposição de estratégias de ações que visem a efetivação de direitos da população atendida e uma forma de coordenação mais democrática, na construção coletiva com os outros profissionais envolvidos – no caso, aqui os redutores de danos – na tentativa de superar práticas autoritárias e hierarquizadas de gestão de políticas públicas.

A prática profissional fundamentada numa perspectiva de efetivação de direitos, no que tange o atendimento aos usuários de psicoativos, tem na redução de danos uma estrutura fundamental. A nossa realidade no cotidiano profissional é permeada por contradições, pois a atuação do assistente social se dá na mediação do acesso aos serviços institucionais, bem como na garantia desses direitos. “O Assistente Social intervém nas expressões da questão social e se realiza num campo contraditório mediado pelo antagonismo da luta de classes”. (BRITES, 2017, p. 37)

O comprometimento com o projeto ético-político defendido hegemonicamente pela categoria profissionais profissionais de trabalhadores do Serviço Social é um elemento importante na construção de respostas sociais para a realidade vivenciada pelas pessoas que usam crack e moram na Cracolândia, ainda mais quando temos como perspectiva de atuação profissional práticas pouco democráticas de controle e normatização de práticas sociais relacionadas ao uso de psicoativos e regidas por valores morais conservadores,

[...] o uso de psicoativos é uma prática social profundamente alterada pela lógica mercantil e alienante da sociedade capitalista madura que requer do assistente social a compreensão crítica, dada sua complexidade e multiplicidade de determinações históricas que alteram seus padrões e significados. (CFESS, 2016, p. 7)

Exatamente por essa inserção na dimensão social e técnica do trabalho e, por intervir nas expressões da questão social, o trabalho do assistente social se realiza num campo contraditório mediado pelos antagonismos das classes em relação, o que confere a essa profissão uma determinada forma de participação no processo de reprodução social (IAMAMOTO, 1991 *apud* BRITES, 2006). A participação concretizada por um trabalho cujos produtos objetivos atendem a necessidades sociais e assumem uma direção social que se particulariza no âmbito da luta de classes. Por isso, quanto mais consciente, crítica e competente – em seus fundamentos – for a realização desse trabalho tanto mais capaz, potencialmente, será de construir respostas alternativas às limitações objetivas postas pela sociabilidade burguesa à realização dos direitos sociais e da cidadania e à ampliação da liberdade – enquanto valor ético central. (BARROCO, 2001a *apud* BRITES, 2006, p. 16)

Avaliamos que a participação, tanto em coletivos e movimentos sociais, bem como quanto na manutenção do diálogo com espaços acadêmicos é fundamental para a reflexão crítica acerca da realidade do trabalho profissional, assim bem como a construção de respostas para as contradições vividas no cotidiano profissional de maneira a nos fortalecer no compromisso com o nosso projeto ético-político profissional, bem como com espaços de ação que superem as contradições vividas na realidade do trabalho do assistente social.

Esperamos que esta pesquisa possa contribuir para a consolidação da RD enquanto paradigma da Saúde Coletiva e na atuação de profissionais de redução de danos com pessoas que usam crack, bem assim como contribuir para uma reflexão crítica acerca da política pública naquele território.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADESAF, Crack e Outras Drogas. **O ineditismo e os resultados da política de redução de danos em São Paulo: A Verdade Sobre o Programa De Braços Abertos**. São Paulo, 2017 Disponível em: <http://adesaf.org.br/novo/adesaf-lanca-relatorio-inedito-sobre-os-resultados-do-de-bracos-abertos/> (acesso em 23 de setembro de 2019)
- ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. A produção das Cracolândias. ILn: FERNANDEZ, Osvaldo Francisco Ribas Lobos;, ANDRADE, Marcelo Magalhães, FILHO;, António Nery. **Drogas e políticas públicas**. Brasília. ABRAMD,, 2015. Pag. 291-306.
- AGAMBEM, Giorgio. **O que resta de Auschwitz**. São Paulo. São Paulo. Editora Boitempo,, 2000.
- ALBUQUERQUE, Cynthia Studart. **Drogas e Proteção Social**. Fortaleza: Fortaleza. Expressão Gráfica Editora,, 2016.
- ANDRADE, Tarcísio Matos. **Redução de Danos: Um novo paradigma**. Disponível em: http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/Redu%E7%E3o_de_danos-um_novo_paradigma.pdf (acesso em 25 de junho de 2019).
- ARRUDA, Marcel Segalla Bueno. **A Cracolândias muito além do Crack**. São Paulo. FEUSP. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-06112014-130632/en.php> (acesso em 19 de junho de 2019).
- ASSUNÇÃO, Leilane. Direitos Humanos e direitos das pessoas que usam drogas. Ln: FERNANDEZ, Osvaldo Francisco Ribas Lobos, ; ANDRADE, Marcelo Magalhães;, FILHO, António Nery. **Drogas e políticas públicas**. Brasília Brasília. .ABRAMD, ,2015. Pág 279-290.
- BARROCO, Maria Lucia. **Não passarão! Ofensa Neoconservadora e Serviço Social**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo no. 124 p.623-636- out/dez, 2015.
- BATISTA, Vera Malaguti. **Difíceis ganhos fáceis – drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro. Revan,, 2003.
- _____. **O medo na cidade do Rio de Janeiro: dois tempos de uma história**. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Revan,, 2003.
- BOKANY, Vilma (org). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões**. São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo. Editora Fundação Perseu Bramo, 2015. Disponível em: ACESSO EM 19 DE JUNHO DE 2019. <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/584/Linha%20cuidado>

%20atencao%20pessoas%20transtorno.pdf?sequence=3&isAllowed=y (acesso em 19 de junho de 2019).

BOITEUX, Luciana. Opinião Pública, política de drogas e repressão penal: uma visão critica IN: BOKANY, Vilma (org). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões**. São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. Pág:143-158. Disponível em: ACESSO EM 19 DE JUNHO DE 2019. <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/584/Linha%20cuidado%20atencao%20pessoas%20transtorno.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (acesso em 19 de junho de 2019).

BRAVO, Maria Ines Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos socio-históricos**. São Paulo. Cortez: Cortez, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei 7210, de 11 de julho de 1984.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei 8072, de 25 de julho de 1990.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei Complementar 97, de 9 de junho de 1999a.

_____. Ministério da Saúde. **A resposta brasileira ao HIV/AIDS**. Brasília: MS/Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e AIDS, 1999b.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual da redução de danos: saúde e cidadania**. Ministério da Saúde.Brasília. Ministério da Saúde,, 2001b.

_____. **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia do HIV/Aids entre UDI no Brasil**. Brasília. Brasília: Ministério da Saúde,, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. **AIDS, 20 anos depois**. Brasília. Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN/DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. @ed. Rev.ampl. Brasília.: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1,190, de 4 de junho de 2009, **Plano emergencial de ampliação de acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde-SUS (Pead 2009-2010)**. Brasília.: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto 7,179 de 20 de maio de 2010. Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Agenda Estratégica para ampliação do Acesso ao Cuidado Integral das populações-chaves em HIV. Hepatites Virais e ISTs. Brasília.** Ministério da Saúde, 2018 36p.

BRITES, Cristina Maria. **Ética e uso de drogas:** uma contribuição da ontologia social para o campo da Saúde Pública e Redução de Danos. São Paulo. PUC-SP, 2006.

_____. Políticas de Drogas no Brasil: usos e abusos. IN: BOKANY, Vilma (org). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões.** São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. Pág. :119-142.. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/584/Linha%20cuidado%20atencao%20pessoas%20transtorno.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (acesso em 19 de junho de 2019).

_____. **Psicoativos (Drogas) e Serviço Social.** Uma crítica ao proibicionismo. São Paulo. Cortez, 2017.

CALIL, Thiago Godoy. **Condições do lugar: relações entre saúde e ambiente para pessoas que usam crack no bairro da Luz especificamente na região denominada cracolândia.** FSPUSP, Mestrado. São Paulo, 2015.

CARNEIRO, Henrique. **Drogas: a história do proibicionismo.** São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

CAMARGO Camargo, Francisco Guilherme de; Pereira, José Aires; Bueno, Virgínia S; Gomes, Eduardo; Ando, Tadaaki. **Ação do extrato alcoólico de Guaçatonga (Casearia sylvestris sw) em subcutâneo de camundongo - parte I - Estudo histológico / Ethanol extract activity from Guaçatonga (Casearia sylvestri sw) in mice - Part I – Histológico,** 1995.

CAMPOS, Marcelo de Silveira. As percepções dos brasileiros sobre drogas, justiça e saúde IN: BOKANY, Vilma (org). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões .** São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. Pág: 63-84. ACESSO EM 19 DE JUNHO DE 2019 Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/584/Linha%20cuidado%20atencao%20pessoas%20transtorno.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (acesso em 19 de junho de 2019).

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Série **O Assistente Social no combate ao preconceito: O que é preconceito.** Caderno 1. Brasília, 2016.

_____. Série **O Assistente Social no combate ao preconceito: O estigma do usuário de drogas.** Caderno 2. Brasília, 2016.

COMIS, Maria Angélica de Castro. Programa Municipal De Braços Abertos: uma experiência de intersectorialidade. IN: BOKANY, Vilma (org). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões** São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. Pág:177-185. Disponível em: ACESSO EM 19 DE JUNHO DE 2019. <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/584/Linha%20cuidado%20atencao%20pessoas%20transtorno.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (acesso em 19 de junho de 2019).

COSTA, Roberta Marcondes. **Mil Fitas na Cracolândia: amanhã é domingo e a Craco Resiste**. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Faculdade de Filosofia, Ciências Sociais e Letras. USP, 2017.

CRUZ, Marcelo Santos. **Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de Redução de Danos**. In Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil — Assessoria em DST/AIDS e Hepatites Virais. Prevenção Prevenção –Drogas Drogas e AIDS. 2007.

DEGASPERI, Nínive. **Drogas, políticas sociais e Serviço Social**. Mestrado, UFSC, Florianópolis, 2013.

DELBON, Fabiana; DA ROS, Vera; FERREIRA, Elza Maria Alves. **Avaliação da disponibilização de Kits de redução de danos**. Saúde soc., São Paulo , v.15, n.1, abr. 2006 . Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902006000100005&script=sci_arttext&tlng=pt (acesso em 19 de julho de 2019).

DELMANTO, Julio. Drogas e Estado. LINN: FERNANDEZ, Osvaldo Francisco Ribas lobosLobos, ANDRADE, Marcelo Magalhães; FILHO, António Nery. **Drogas e políticas públicas**. Brasília. ABRAMD, 2015. Pág. 247-262.

DOMANICO, Andrea. **Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos noias**. Salvador. UFBA, 2006.

_____. **Experiência de campo com usuários de crack**. In IN: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil - Assessoria em DST/AIDS e Hepatites Virais. Prevenção Prevenção – Drogas Drogas e AIDS. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2735.pdf> (acesso em 25 de junho 2019).

EICHELBERGER, Michele. **O que pode a Redução de Danos?** UNICAMP, 2012. Disponível em http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312030/1/Eichelberger_Michele_M.pdf (acesso em 25 de junho de 2019).

ESCOHOTADO, A. **História General de las drogas**. 3. Ed. Madri: Espasa, 2000.

FERNANDEZ, Osvaldo Francisco Ribas Lobos & MACRAE, Edward. Entre carreiras, redes e circuitos. IN: FERNANDEZ, Osvaldo Francisco Ribas Lobos;, ANDRADE, Marcelo Magalhães;, FILHO, António Nery. **Drogas e políticas públicas**. Brasília. ABRAMD, 2015. Pág. 23-50.

FILHO, Gilberto Pinto Cardoso. **Bairro Luz: Entre o Velho e o Novo**. Londrina., UNOPAR,, 2013.

FIORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. IN: CARNEIRO, H.; VENANCIO, R. P. (Orgs.). **Álcool e drogas na História do Brasil**. São Paulo.: Alameda, 2005.

FIVEV, Renato. Como você se comporta? Dilemas sobre as dependências de substâncias IN: BOKANY, Vilma (org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões**. São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. Pág:102-117. ACESSO EM 19 DE JUNHO DE 2019. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/584/Linha%20cuidado%20atencao%20pessoas%20transtorno.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (acesso em 19 de junho de 2019).

FONSECA, Cícero José Barbosa. **Conhecendo Redução de Danos enquanto proposta ética** Universidade Católica Pernambuco. Revista Psicologia e Saberes, 2012. Pág. 11-36.

FONSECA, Elizel Massard & BARROS, Francisco Inacio. Políticas de Redução de Danos: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. ACSELRADH, 2a Edição **Avessos do Poder: AIDS e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, ;2005.

FONSECA, Guido. **A história da prostituição em São Paulo**. São Paulo. Editora Resenha Universitária, 1982.

FRUGULI, Heitor & SPAGGIARI, Enrico. **Da cracolândia aos novos: percursos etnográficos no bairro da Luz**. Revista no Núcleo de Antropologia Pontourbe. no.6. São Paulo, 2010.

_____ & SKLAIR, Jéssica. **O bairro da Luz em São Paulo**. Questões antropológicas sobre o fenômeno da gentrificação. Cuaderno de Antropologia Social. São Paulo, 2009. Pág. p119-130.

GIOMBELI, Gilson. **A *casearia sylvestris* sw sw (guaçatonga) é eficiente no combate da bactéria *helicobacter pylori*?** Universidade de Lavras, 2007.

GOMES, Rogério Rodrigues & MESSEDER, Marcos Luciano Lopes. Bêbados e substâncias psicoativas. In: FERNANDEZ, Osvaldo Francisco Ribas Lobos;, ANDRADE, Marcelo

Magalhães, ; FILHO, António Nery. **Drogas e políticas públicas**. Brasília. ABRAMD, 2015. Ppág. 67-84.

HAIEK, Rita. Redução de Danos para Drogas Injetáveis. IN: NIEL, Marcelo & SILVEIRA, Dartiu Xavier. **Drogas e Redução de Danos: cartilha para profissionais de saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo.: Cortez, 2001

JOANILDES, Hiroito de Moraes. **Boca do Lixo**. São Paulo. Labortexto Editorial, 2003.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. **Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos**. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 33, n. 3, 2013 . Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6123180> (acesso em 19 de junho de 2019).

MACRAE, Edward. Em defesa do gueto. IN: GUENGREEN, James N. & TRINDADE, Ronaldo. **Homossexualismo em São Paulo**. São Paulo. Editora UNESP, 2005. pPág. 291-340.

MAGALHAES, Thais Rodrigues. **Campos de Disputa e gestão do espaço urbano: o caso da cracolândia paulistana**. São Paulo. USP, 2015.

MARQUES, A.J. **Crime, proceder, convívio-seguro**. Um experimento antropológico a partir das relações entre ladrões. Tese de doutorado em Antropologia Social - . Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, 2009.

MARTINS, R. C. R. **A escuta ético-política na rua**. 2016. 99 f. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2016.

MARTINS, Vera Lucia. **Mal (ditas) drogas: um exame dos fundamentos socioeconômicos e ideo-políticos da (re) produção das drogas na sociedade capitalista**. São Paulo. PUC-SP, 2011.

MARX, Karl. **Contribuição para a crítica da economia política**. Tradução de Maria Helena Barreto Alves. Lisboa.: Editorial Estampa, 1974. p211Pág. 211-241.

_____. Introdução. In:_____. **Para a crítica da economia política**. São Paulo: . Abril Cultural, 1982. p Pág. 3-81 (Os economistas)

_____. **A questão judaica**. São Paulo.: Moraes, 1991, Pág. p.37-41.

_____. **Manuscritos econômicos-filosóficos**. Tradução de Jesus Ranieri. 2 reimpr. São Paulo. Boitempo, 2008. 175 p.

_____. **O capital: crítica da economia política**. Rio de Janeiro: . Civilização Brasileira, 2008. 571 p.

MBEMBE, Achile. **Necropolítica**. São Paulo. N-1 Edições 2011.

MEDEIROS, Regina de Paula. **Bêbados, noiados e moradores de rua**. Ln: FERNANDEZ, Osvaldo Francisco Ribas Lobos, ANDRADE, Marcelo Magalhães, FILHO, Antônio Nery. **Drogas e políticas públicas**. Brasília. ABRAMD, 2015 . Pág. 51-66.

MENEZES, L. F. **Entre saúde e a repressão** - políticas públicas na região da “Cracolândia” SP. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2016.

MEZA, Tatiana. **Reabilitação da Região da Luz** - Centro Histórico de São Paulo. Projetos urbanos e estratégias de intervenção. São Paulo., USP, 2007.

NAPPO, Solange Aparecida. **Caracterização da cultura do crack em São Paulo: padrão de uso controlado**. Revista São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008005000039&script=sci_abstract&tlng=es 9acesso em 19 de junho de 2019.

_____. **Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga**. São Paulo. UNIFESP, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a07v59n3> (acesso em 19 de junho de 2019).

NASSER, Marina Mattar Soukef. **No labirinto: Formas de gestão do espaço e das populações da cracolândia**. São Paulo. USP, 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-10032017-142143/en.php> (acesso em 19 de junho de 2019).

NETTO, J. P. **O Capitalismo monopolista e o serviço social**. São Paulo.: Cortez, 2001.

NIEL, Marcelo & SILVEIRA, Dartiu Xavier. **Drogas e Redução de Danos: cartilha para profissionais de saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: acesso em 19 de junho de 2019. https://www.researchgate.net/profile/Dartiu_Silveira/publication/230824010_Drogas_e_reducao_de_danos_uma_cartilha_para_profissionais_de_saude/links/0912f5095c2f745be5000000.pdf (acesso em 19 de junho de 2019).

OBERLINI, Alessandra Fontana & PINTO, Nalayne Mendonça. Reflexões sobre as representações da mídia no debate das drogas. IN: BOKANY, Vilma (org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões**. São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. Pág: 31-45. Disponível em: ACESSO EM 19 DE JUNHO DE 2019. <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/584/Linha%20cuidado%20atencao%20pessoas%20transtorno.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (acesso em 19 de junho de 2019).

OPAS., Organização Pan-Americana de Saúde. **Inovação e Direito à Saúde na Cidade de São Paulo (2013-2016)**. Brasília. D.F. OPAS, 2017.

PAIM, Jairmilson S. & FILHO, Namomar de Almeida. **Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas?** Revista de Saúde Pública, vol. 32 no 4 1998 pag Pág. 299-316. FSP, USP. São Paulo, 1998. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101998000400001&script=sci_arttext&tlng=en (acesso em 7 de setembro de 2019).

PAIVA, Vera; PUPO, Ligia Rivero; BARBOZA, Renato. **O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 40, supl. abr. 2006 . Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102006000800015&script=sci_arttext&tlng=en (acesso em 19 de junho de 2019).

PASSETTI, Edson. **Abolicionismo penal, redução de danos e uma nota trágica**. Revista Verve, 7. 2005. Pág: 75-85. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/5021> (acesso em 19 de junho de 2019).

PASSOS, Eduardo Henrique & PAULA SOUZA, Tadeu. **Redução de Danos e São Paulo: construções alternativas à política global de guerra às drogas**. Psicologia e Sociedade, Minas Gerais, 2011 Pág.: 154-162. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/583> (acesso em 19 de junho de 2019).

PERLONGHER, Nestor. **O negócio do Michê**: prostituição viril em São Paulo. UNICAMP. Campinas, 1986.

_____. Territórios Marginais. In: GUENGREEN, James N. & TRINDADE, Ronaldo. **Homossexualismo em São Paulo**, São Paulo. Editora UNESP, 2005. pPág. 263-290

PERUCHI, Juliana & TONELLI, Maria Juracy Figueiras. **Territorialidade Homeostática**: apontamentos para os estudos de gênero. Revista PSICO e SOCIEDADE, no.18/setembro. São Paulo, 2006. Págs. 39-47.

PETUCO, Denis Roberto da Silva. Das imagens às palavras. In: FERNANDEZ, Osvaldo Francisco Ribas Lobos; ANDRADE, Marcelo Magalhães; FILHO, António Nery. **Drogas e políticas públicas**. Brasília. ABRAMD, 2015. Pág. 9-110.

PINHEIRO, Samya Katiane Martins. **A função social das drogas no capitalismo contemporâneo: uma análise do Serviço Social no CAPS AD de Natal**. Mestrado. UFRN. Natal, RN, 2017.

PUCCINELLI, Bruno & TALHARI, Julio. **Reflexões em torno das práticas culturais na Luz**. PONTOURBE. São Paulo, 2012.

RAUPP, Kuciane; ADORNO, Rubens. **Uso de crack na cidade de São Paulo/Brasil**. Revista Toxicodependências, vol. 6, vol. 16, n. 2, págp. 29-37, 2010. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-48902010000200004&script=sci_abstract&tlng=fr (acesso em 19 de junho de 2019).

ROCCO, Rogério. **O que é legalização das drogas**. São Paulo. Editora Brasiliense, 1996.

ROLNIK, Raquel. **Territórios em conflito. São Paulo: espaço, história e política**. São Paulo. Três Estrelas, 2007.

ROMANINI, Moisés & ROSO,; Adriane. **Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?** Universidade Federal de Santa Maria. Revista Psicologia, Ciência e Profissão, 2012. Pág. -82-97. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n1/v32n1a07> (acesso em 19 de junho de 2019).

RUI, Taniele. **Corpos Abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack**. UNICAMP, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Tese de Doutorado. Campinas, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/280382> (acesso em 19 de junho de 2019).

_____. Fluxos de uma territorialidade: Duas décadas de cracolândia. IN: KOWARICK, Lúcio. **Pluralidade Urbana em São Paulo: vulnerabilidade, marginalidade e ativismos sociais**. São Paulo. Editora FAPESPE. Pág: 225-248. ANO???

_____. **Depois da Operação Sufoco: sobre espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na “cracolândia” paulista**. Revista Contemporânea, 2013- . Pág.: 287-310. Disponível em: <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/144> (acesso em 19 de junho de 2019).

SERRANO, Ana Índio; SECCHI, Jamille Zapelini. **Condições para a busca de reconhecimento legal dos programas de redução de danos e distribuição de cachimbos para dependentes de crack**. Novos Estudos Jurídicos, vol. 12 - n. 2 - p. 267-275 // jul-dez, , 2007.

SHDAIOR, Laura Sahm. **Entre o emprego e a militância: Ensaio sobre a atuação na rede pública de atenção ao usuário de drogas**. 103 f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, 2019.

SILVA, Marcos Aurélio. **Localizando Performances: territorialidade e os estudos antropológicos de gênero e sexualidade**. Revista Urbana. UNICAMP. Campinas, 2015.

SILVA, Marco Manso Cerqueira. **As diferentes normas de uso de crack e a sua relação com riscos e danos sociais e à saúde entre moradores do areal da Ribeira**, Salvador-Bahia. .

LnIN: Simpósio Nacional “Drogas: notícias do campo, Lei e movimentos sociais”, Salvador, 2010.

SILVA, Silvia Moreira da SILVA, Silvia Moreira da et al. **Redução de danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André - SP.** Saúde soc. [online]. 2009, vol.18 ISSN 0104-

1290. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902009000600018&script=sci_arttext&tlng=en (acesso em 19 de junho de 2019).

SOARES, C. B. **Consumo Contemporâneo de drogas e juventude.** A construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva. 2007. Tese (livre-doscência)-). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SODELLI, Marcelo. **Des-tramando o proibicionismo.** IN: FERNANDEZ, Osvaldo Francisco Ribas Llobos, ANDRADE, Marcelo Magalhães; FILHO, António Nery. **Drogas e políticas públicas.** Brasília. ABRAMD, 2015. Pág. 125-136.

SOUZA, Selma. **Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação.** FSPUSP. São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-27042008-180551/en.php> (acesso em 19 de junho de 2019).

TERRA, Tamara Neder Collier; ZINGARI, Elaine. **Redução de Danos e Serviço Social: O uso de Drogas ao avesso.** . São Paulo. PUC-SP, 2004.

TORRES, José Henrique Rodrigues. A institucionalidade da criminalização das drogas. IN: BOKANY, Vilma (org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões.** São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. Pág.: 31-45. Disponível em: ACESSO EM 19 DE JUNHO DE 2019. <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/584/Linha%20cuidado%20atencao%20pessoas%20transtorno.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (acesso em 19 de junho de 2019).

UCHOA, M.A. **Crack, o caminho das pedras.** São Paulo, Ed. Ática, 1996.

UNODC – UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. Political declaration and plan of action on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem. New York.: UNODC, 2011. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf (acesso em 23 de setembro de 2019) .

_____. Prevenção, tratamento, apoio e cuidados com HIV para pessoas que usam drogas – guia técnico. Viena. UNODC, 2019.

VALERIO, Andrea Leite Ribeiro; PEDROSO, Raquel Turci & GARCIA, Leon de Souza Lobo. Prevenção do uso prejudicial de drogas. INn: FERNANDEZ, Osvaldo Francisco Ribas Lobos. ANDRADE, Marcelo Magalhães; FILHO, António Nery. **Drogas e políticas públicas**. Brasília. ABRAMD, 2015. Pág. 111-124.

WACQUANT, Loic. **As prisões da Miséria**. Rio de Janeiro.: Jorge Sahar Ed. 2001.

ZUCCARO, Nelio. **Drogas e AIDS Da invisibilidade à integralidade: um caminho a percorrer**. IN: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil - Assessoria em DST/AIDS e Hepatites Virais. Prevenção – Drogas e AIDS. 2007.