



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

**A Ética de Redução de Danos nos Processos de Vinculação e Cuidado de
Pessoas em Situação de Rua: Territórios Percorridos com Redutores de Danos**

Letícia Passi Batista

CAMPINAS
2023

LETÍCIA PASSI BATISTA

A Ética de Redução de Danos nos Processos de Vinculação e Cuidado de Pessoas
em Situação de Rua: Territórios Percorridos com Redutores de Danos

Trabalho apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Coordenadora: Rosana Onocko Campos
Orientador: Dr. Bruno Ferrari Emmerich

CAMPINAS
2023

Agradecimentos

Primeiramente, um enorme agradecimento a todos os usuários dos serviços e políticas do SUS pela generosidade em compartilhar suas histórias de vida, opiniões e conhecimentos de forma tão afetiva. Os ecos de nossos encontros tornaram possível minha formação no período da residência. A todos os cumprimentos trocados durante os campo ou cafés compartilhados durante os atendimentos, meu profundo obrigada.

À todos os usuários ditos de “saúde mental”, em especial as mulheres denominadas como “loucas”, que se desdobram diariamente para que suas formas de existências sobrevivam em uma sociedade intolerante e adoecida.

Aos profissionais do CAPS David Capistrano, em especial Ana Luzia e Raíssa, que me receberam e me acolheram durante o primeiro ano de residência, pela paciência com as minhas inquietudes e apostas em meus projetos.

A equipe do Consultório na Rua que realiza um trabalho inspirador de defesa do acesso à saúde com qualidade para sujeitos que possuem constantemente seus direitos feridos.

Aos redutores de danos do Consultório na Rua que me receberam e transmitiram da forma mais didática saberem sobre a potência do vínculo, da escuta e o respeito aos modos de vida e dinâmicas presentes nos territórios.

À Susy Santos, minha preceptora durante este ano, que sempre encontra uma forma única e afetuosa de defender e estar com os usuários. Graças às nossas trocas foi possível realizar a produção de um painel em conjunto com os usuários atendidos pelo Consultório na Rua, material que carrega as marcas dos processos de cuidados executados em mais de 10 anos de serviço.

Aos meus professores e colegas, sempre próximos e disponíveis para acolher dúvidas e angústias e com quem compartilhei esse processo cotidiano de aprendizagem e de construção do SUS.

Sumário

Introdução.....	5
Objetivo.....	11
Metodologia.....	12
Discussão.....	13
Agente de Ação Social - Redutor de Danos.....	13
Da cena de uso a cena de cuidado.....	16
“Não dá para esperar outra coisa se não violência”.....	18
Costurando uma rede de retalhos.....	22
Que clínica é essa?.....	27
Conclusão.....	29
Referências.....	30

Introdução

A história da Redução de Danos no Brasil está intrinsecamente ligada a diversos contextos, tendo como principal a cidade de Santos. A emergência da epidemia de HIV/AIDS na década de 1980 desencadeou a necessidade de abordagens inovadoras para lidar com o uso de drogas injetáveis, que contribuíam significativamente para a disseminação do vírus. Foi nesse cenário que surgiram os primeiros programas de Redução de Danos, em 1994, buscando minimizar os riscos associados ao compartilhamento de agulhas e seringas. Além disso, foram criados espaços de acolhimento e cuidado para essa população, promovendo a testagem para HIV e hepatites, bem como o acesso a tratamento médico e acompanhamento de forma mais longitudinal.

A entrada da temática Álcool e outras Drogas (AD) como importante eixo das discussões atreladas a Reforma Psiquiátrica se deu na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que estabeleceu a atenção aos usuários AD como um dos princípios e diretrizes dentro do campo da saúde mental, migrando a responsabilidade do campo exclusivo da Política Nacional DST/AIDS para o campo da saúde.

Neste contexto, a Redução de Danos (RD) experimentou uma nova inflexão, pois passou a compor a Política do Ministério da Saúde, iniciada em 2003, com a Política Nacional de Álcool e outras Drogas. Esta mudança corroborou para a ampliação e transdisciplinarização das ações concretas de RD em um método clínico - político capaz de ser realizado em diversos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, tendo como objetivo não somente a prevenção entre usuários de SPA (substâncias psicoativas), mas, também, como um método de cuidado e protagonismo das minorias marginalizadas (Paula, 2022).

A RD avançou de uma concepção reduzida de prevenção às DST-AIDS entre UDI (usuários de drogas injetáveis) para uma proposta ampliada de produção de saúde; e, de uma dimensão concreta de trocas de seringa, para uma dimensão abstrata, tornando-se paradigma da Política Nacional de Álcool e Outras Drogas. [...] se consolidando como um novo paradigma que se opõe ao paradigma da abstinência (PAULA, 2022, p. 153).

Nos interessa apontar que a RD saiu de um contexto local, específico de prevenção e de concretude referente a disponibilização de insumos para um contexto nacional e ampliado de promoção de saúde enquanto paradigma. Neste caminho, destaca-se que as construções das primeiras ações de Redução de Danos

foram criadas com e por usuários em meio às suas dinâmicas de vida e uso. Ou seja, é uma ética de cuidado que se transformou a partir da sensibilização e educação dos profissionais pelos próprios usuários em defesa de seus modos de vida e ocupação de territórios, sendo estes, cidadãos protagonistas da construção da base de uma política pública voltada para o seu cuidado.

Dessa forma, verifica-se que os dispositivos clínicos políticos da RD possuem caráter poroso aos territórios e sujeitos, sendo o cuidado, consolidado em ações no campo, na rua, cotidianamente, experimentado e inventado pelo profissional em conjunto com o usuário, em uma inerente atuação política e clínica.

Cabe reafirmar que a Redução de Danos não se trata de uma defesa ou incentivo ao uso de drogas, mas sim de uma estratégia para minimizar os riscos e danos associados a esse uso. Isso significa que as abordagens realizadas não promovem ou encorajam o uso de drogas, mas sim reconhecem que pessoas vão fazer uso de substâncias psicoativas independentemente das políticas ou leis que existam para restringir o uso.

Na contrapartida de abordagens repressivas ou punitivistas, a Redução de Danos é um conjunto de conceitos baseados em evidências científicas e pautados nos direitos humanos, que busca inventar ações e intervenções que desloquem a grande preocupação em torno do comportamento do uso abusivo de substâncias químicas para o cuidado de cada sujeito em suas especificidades considerando os atravessamentos psicossociais, sua autonomia e as diferentes violências a que estão submetidos em seus territórios e nas instituições em que circulam (Nardi & Rigoni, 2005).

Por isso, é fundamental que haja um compromisso político e social em garantir o acesso à saúde e aos direitos de pessoas que usam drogas, e que sejam implementadas políticas de Redução de Danos efetivas, que atendam às necessidades desses usuários e respeitem seus modos de vida e territórios.

Junto à toda discussão da RD, também está a importância do redutor de danos. Como profissional representante da RD, espera-se que traga outras leituras que entenda a pessoa que usa drogas numa perspectiva integral do sujeito considerando sua complexidade, o que inclui a compreensão do contexto sócio-histórico e relacional da pessoa com a substância e com o próprio meio (Rameh-de-Albuquerque, 2020). Assim, avança da assimilação acerca da questão

de causa/consequência do uso/abuso de SPA para uma relação de autocuidado e saúde.

A clínica com populações em situação de vulnerabilidade extrema coloca em cena a radicalização da diretriz da Reforma Psiquiátrica de territorialização do cuidado, pois imprime a necessidade dos serviços literalmente “saírem” dos muros e irem para a rua. Em se tratando do cuidado de pessoas em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas (SPA), a ampliação do conceito de territorialização potencializa possibilidades de vinculação e destaca a pluralidade presente em cada território existencial (Lima& Yasui, 2014).

Segundo Paula (2022), territorialização é um modo de subjetivação entendido como criação de territórios autônomos e singulares, considerando um processo ao mesmo tempo geográfico e subjetivo à medida em que os territórios em si são desterritorializados e reterritorializados de forma constante. Fuini (2014), aponta que

a territorialização, ou a reterritorialização, seria o movimento de se constituir referenciais simbólicos e identitários (materiais e imateriais) junto a um recorte espacial definido, dotando-o de unidade. Poderia ser também chamada de enraizamento territorial, vinculando populações, empresas e instituições de governo ao território. A desterritorialização, em seu oposto, representa a extroversão e desenraizamento de povos, atividades sociais e econômicas e comunidades de seus lugares, correspondendo à perda de identidades e do enraizamento. A reterritorialização, por sua vez, compreende o movimento de reconstrução e retomada de laços de identidade e inserção territorial sob novas bases de qualificação (FUINI, 2014, p. 231).

A criação de territórios seria representada pela territorialização, a sua destruição (por mais que seja temporária) pela desterritorialização e a sua recriação pelos processos de reterritorialização. Ou seja, a territorialização é o ato/ação de se apropriar de um recorte espacial e torná-lo um território, enquanto que a desterritorialização é o oposto da territorialização, ela seria a perda desses territórios [...] Se a desterritorialização existe, ela está referida sempre a problemática territorial – e, conseqüentemente, a uma determinada concepção de território. E a reterritorialização seria a criação de novos territórios.

Cabe aqui localizar diferentes atores e circunstâncias que atravessam e influenciam as dinâmicas dos territórios nos quais os redutores de danos atuam, considerando o contexto de extermínio que intervém sobre territórios de extrema miséria, como fluxo de drogas, forma de uso da SPA, comércio, prostituição,

presença policial, violência, possibilidade de refúgio/moradia, espaços de alimentação, presença de serviços assistenciais e de saúde.

É importante apontar questões vitais que atravessam o plano do asfalto nos territórios que são campos de atuação dos redutores de danos. A rua, a “biqueira”, os “mocós”, as cenas de uso e as praças ocupadas pelos usuários são anunciadas nas mídias como territórios em verdadeiro “Estado de Guerra” (Negri & Hardt, 2005).

A guerra às drogas é um dispositivo central na manutenção do exercício do poder colonial e racista que atende aos interesses de uma política neoliberal, que segundo Paula (2022), exerce um controle sem limites sobre territórios pobres e inserem os mais vulneráveis em “um circuito brutal da política de guerra às drogas” (p.57) e racionalidade necropolítica.

Para Nicodemos (2020), os danos causados pelo uso de drogas possuem menor relação com os efeitos químicos e danos ao corpo e estão mais associados à uma cultura proibicionista. A forma como tais territórios são comunicados e os sujeitos neles presentes são descritos reafirmam um imaginário histórico social fundamentalmente racista, que também segundo o autor, opera a nível simbólico no qual a figura dos usuários de substância é destituída de características humanas simbólicas, afetivas, corporais, sociais e quaisquer semelhanças com “pessoas de bem”, sendo os frequentadores de regiões de uso de SPA nominados como “zumbis” e eleitos inimigos que ameaçam a ordem social.

A aposta na guerra às drogas como forma de manter a ordem social acaba por fazer da guerra um estado contínuo ao invés de um estado de exceção. [...] se apoia na guerra como estratégia para se eliminar o mal do planeta na medida em que encobre os interesses econômicos que alimentam desta distinção e busca responder no campo social à contradição entre democracia e intensificação da desigualdade social. (PAULA, 2022, p. 72-73).

De acordo com Nicodemos (2020), há um recorte de violência produzido de modo discursivo sobre estes locais de uso de drogas que promove estigmas com os quais os próprios sujeitos se identificam, além de serem reafirmados a todo tempo pelo julgamento moral-social, que reforçam uma posição “sem-lugar”, ou um lugar específico de segregação. A reprodução deste discurso social tem como consequência o afastamento e a desresponsabilização dos setores da saúde pública e a redução da questão associada ao uso abusivo de substâncias a um “problema de polícia” (p. 162).

A Redução de Danos e a clínica peripatética (Lancetti, 2008) apostam no vínculo e acabam com qualquer distância - espacial e social - que impeça a real escuta desses sujeitos, se deslocando até os territórios existenciais com escutas interessadas em ouvir do usuário de forma genuína, garantido também de forma política o acesso do mesmo a direitos enquanto cidadão.

Dessa forma, o enfrentamento da RD se posiciona não só frente ao discurso arbitrário jurídico do Estado, mas também, frente às práticas não discursivas que ferem os princípios democráticos do SUS, como universalidade, integralidade e equidade que restringem o acesso e a atenção para pessoas que fazem uso de substâncias.

Desde a década de 1990, período de expansão da Redução de Danos no Brasil, centenas de Programas de Redução de Danos (PRDs) foram criados com o apoio do governo federal, via Ministério da Saúde pelo Programa de DST/Aids, impulsionados pela organização dos redutores de danos e usuários de drogas em associações e coletivos nacionais. As práticas e políticas da RD, assim como a atuação do profissional redutor de danos, ocorreram inicialmente no micro das relações nos territórios com prevalência de uso de substâncias, em diálogo com lideranças representantes das políticas de assistência.

A construção de insumos disponibilizados em cenas (“fluxos”) de uso foram criadas em conjunto com os usuários, que também foram os primeiros profissionais redutores de danos a atuar nos fluxos, ou seja, em aglomerações de usuários de SPA em determinado espaço (Alencar, 2020). Os redutores de danos acessam os usuários que não chegam aos equipamentos de saúde, mesmo nos campos fixos do Consultório na Rua, e estabelecem vinculações de confiança que promovem uma mediação possível entre usuários e o acesso à atenção em saúde.

A ampliação de acesso a usuários que não transitam fora das cenas de uso em seus contextos existenciais inaugurou um novo movimento de formação/discussão e transformação dos modos de tratamento a esta população, tendo em vista décadas de tratamentos com perspectivas morais e essencialmente abstinentes.

Com a implementação de profissionais redutores de danos em serviços como os Centros de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPS-ad) e as implantações dos Consultórios de Rua, as ações realizadas nos campos receberam um caráter de

oficialidade, mesmo já sendo realizadas anteriormente de forma mais “marginal”. Entretanto, destaca-se o nome registrado destes profissionais nos serviços de saúde enquanto “Agente de Ação Social”, ocultando a nomenclatura política do profissional em seu plano de contratação.

A atuação ética-política dos profissionais orientados pela Redução de Danos que tem como cenário territórios e populações ditas “marginais”, implica também reforçar a luta de movimentos sociais defendendo uma assistência mais igualitária, promovendo o debate e incentivando a discussão entre as instâncias públicas e a sociedade civil na implantação de políticas sintonizadas com a realidade e os direitos dos usuários de drogas.

Propõem se discutir neste trabalho como a clínica da RD engendra nos territórios geográficos novos processos subjetivos a partir da vinculação, inicialmente por insumos, propondo-se a agenciar um lugar outro (existencial, física ou subjetivo) de produção de vida para os usuários. Tendo em vista o processo de vinculação do redutor com determinado território e os usuários que compartilham o mesmo espaço geográfico, mesmo que de diferentes formas, as ações nos campos de Redução de Danos permitem que as intervenções sejam realizadas a partir de agenciamentos singulares existentes no próprio território.

Ademais, a vivência junto com os profissionais redutores evidencia a dimensão das formas de linguagem e identidade nos processos de vinculação com o usuário, principalmente os acessados em cenas de uso. As mais “corriqueiras” conversas considerando o ponto de identificação com os redutores diferem da posição frente a um outro profissional, em que aparece a dimensão de um discurso de poder como no caso dos médicos e demais profissionais “universitários”.

No histórico da RD vê-se que inicialmente os(as) redutores(as) eram pessoas que vinham de seu próprio histórico de uso de drogas ou, no mínimo, eram familiarizadas com a cultura do uso, sendo assim mais abertas à linguagem e aos contextos desse universo. [...] A participação do(a) redutor(a) de danos ganha a conotação de um(a) facilitador(a) de práticas intersetoriais de promoção da vida das pessoas que usam drogas considerando sua rede social e afetiva (Rameh-de-Albuquerque, 2020, p. 73).

As estratégias de Redução de Danos permitem acesso e alcançam os sujeitos de outra maneira (Nicodemos, 2020). Dessa forma, são muitas vezes os

redutores que realizam o primeiro contato com o usuário e caminham (literalmente) com eles para que acessem outros núcleos profissionais quando necessário.

Destaca-se neste ponto a reconfiguração das relações de poder durante o processo de vinculação do redutor com o usuário, considerando que as trocas - de ideias, conselhos, orientações e experiências - perpassam outras linhas de diálogo que não o caráter técnico-científico dos discursos psiquiátricos e criminológicos que, sem crítica político social, reproduzem o lugar social do usuário de drogas como doente mental e/ou delinquente passivo e desprovido de disciplina. Assim,

A produção histórica do estigma do usuário de drogas como uma figura perigosa ou doente nos permite compreender parte dos problemas que a RD passa a enfrentar quando inclui as pessoas que usam drogas como cidadão de direitos e sujeitos políticos (Paula, 2022, p. 71).

Objetivo

Este trabalho busca discutir a dimensão clínico-política da Redução de Danos na vinculação e cuidado à população em situação de rua, a partir da experiência de uma residente multiprofissional acompanhando profissionais redutores de danos de um Consultório na Rua.

Delineando os principais pontos de invenção no contexto das intervenções na rua tendo como princípio a ética da Redução de Danos e a função do Redutor de Danos enquanto facilitador da construção de cuidado em rede por meio de processos de vinculação com usuário e território.

Ao longo deste percurso, apresentou-se como objetivo a tentativa de refletir sobre a dimensão dos afetos no plano das políticas públicas para usuários de substâncias psicoativas, considerando suas nuances sociais e territoriais singulares. Por fim, buscou-se compreender a Redução de Danos (RD) enquanto ética clínica-política de promoção de saúde do usuário, ampliando a noção de ações concretas e pontuais de RD.

Metodologia

O Consultório na Rua de Campinas (CNAR) é um serviço da Atenção Básica que teve início em 2012 na cidade de Campinas, ligado à Secretaria de Saúde Mental do município por meio do convênio com o Serviço de Saúde Cãndido

Ferreira. Atualmente a equipe é composta por 22 profissionais¹ divididos entre manhã e tarde, sendo os redutores de danos os únicos profissionais que atuam em período integral em campo. O serviço está localizado na região do distrito leste, com mais foco na parte central tendo em vista a maior circulação de pessoas em situação de rua, a localização dos serviços assistenciais (abrigos, casas de passagens e Bom-prato) e a dinâmica de comercialização de drogas na região.

O trabalho teve abordagem qualitativa e exposição sob o formato de relato de experiência a partir de recortes de casos atendidos, campos realizados acompanhando a prática e a dinâmica dos profissionais redutores de danos em cenas de uso e registros em diários de campo, realizados durante o período da residência a fim de apresentar a dimensão sensível e vincular do que foi sendo produzido ao longo do processo formativo através dos encontros com os usuários e os membros da equipe. Optou-se por tal abordagem, uma vez que o objetivo primordial é compreender em profundidade as circunstâncias e nuances dos sujeitos e contextos em discussão. Houve a criação de nomes fictícios, preservando a questão de sigilo em pesquisa referente aos nomes citados durante a construção deste trabalho. Os encontros com os usuários ocorreram em sua maioria no território - rua, durante a realização dos campos fixos e móveis do Consultório na Rua. De acordo com Lima e Yasui (2014), considera-se que:

As relações entre clínica, território e subjetividade introduzem a noção de 'território existencial', que envolve espaços construídos com elementos materiais e afetivos do meio, que, apropriados e agenciados de forma expressiva, findam por constituir lugares para viver (p. 599).

Cabe destacar as características e a importância de se apropriar das diferentes lógicas dos territórios que a equipe do CNAR atua, seus recursos, suas potencialidades, suas linhas de captura e singularidades de seus usuários para além do tipo de substância que os mesmos utilizam. Neste tópico, sobressalta-se o papel do redutor de danos como principal mediador da comunicação e tradução entre território, usuário e equipe. Nicodemos (2020) enfatiza que a demanda por tratamento para abuso de drogas é um fator secundário diante das devastações das condições sociais das pessoas que fazem uso abusivo de SPA. Observa-se que o

¹ Composição equipe: 3 redutores de danos, 6 médicos, 2 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 1 profissional administrativo, 2 motoristas e a coordenadora. A residência multiprofissional de Saúde Mental integra mais um membro da equipe no período de um ano.

agenciamento de múltiplas dinâmicas nos territórios constituídos enquanto campo de atuação influenciam na aproximação e na forma de assistência que o Consultório oferta e os próprios usuários demandam. Tendo em vista que no contexto de cuidado na rua, grande parte das demandas chegam na forma de pedidos por bens e cuidados sociais.

A elaboração do texto foi orientada pela perspectiva psicanalítica, da Redução de Danos e da Reforma Psiquiátrica, em diálogo com a perspectiva da reabilitação psicossocial e do vínculo como operador de cuidado compreendendo o papel intercessão-pesquisa que o residente possui no percurso pelo serviço que “pretende “apreender” o movimento institucional, as relações interprofissionais, as implicações terapêuticas e o movimento dos “sujeitos do tratamento” que recebem a atenção” (Shimoguiri & Périco, 2014, p. 44).

Discussão

É uma tarefa difícil tentar descrever toda a realidade que se vivencia na rua, manter um olhar sempre atento e vigilante para não perder nenhum detalhe ou dinâmica no meio de uma cena de uso que tem impacto no como, quanto e porquê de acessar determinado usuário. Como transbordar um vínculo com um usuário que está há meses em uma cena de uso em que a equipe de redução passa semanalmente para entregar insumos? Como construir com o usuário que ele saia da cena de uso para um momento de cuidado no campo? E afinal, porque eles não saem?

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

Redutor de Danos - Agente de Ação Social

[Cena I] Em uma esquina movimentada de um bairro rico da cidade abordamos um grupo de usuários de crack que estavam fazendo uso próximo a um

estabelecimento abandonado. A intervenção havia sido pedida por um canal de denúncia realizada pelos prédios vizinhos com um pedido higienista de que a equipe os levassem para outro lugar (Quais? Para pessoas que não tem lugar nem na sociedade?). Os redutores iniciam a abordagem, a conversa indica que os usuários não se conheciam, sendo cada um natural de um estado do Brasil. É disponibilizado água, piteira (cano de borracha) e protetor labial. A partir do relato de um dos usuários que referiu usar bombril para fumar crack inicia-se uma conversa sobre diferentes formas e culturas de uso da droga. O resto do grupo compartilha a associação do uso do bombril com prejuízos de saúde ao longo do tempo e se questionam quanto a diferença da “brisa” se fumado em um cachimbo. Neste momento, a redutora toma a palavra e pede licença para mostrar uma outra forma de uso, menos danosa. Ela pega um copo de água e bebe um terço do líquido, me chama indicando o cigarro no chão que o usuário havia acabado de apagar. Ao pegar a bituca de cigarro, ela queima a superfície do plástico no alto do copo de água e insere a piteira disponibilizada. Em seguida, ela instruiu os usuários a fazer furos no alumínio e simulou a forma como a pedra deveria ser queimada, explicando que toda a toxina iria para a água e não para o pulmão, que só receberia o trago da essência do crack. O rosto dos usuários indicava espanto, um logo verbalizou que iria testar e retornaria com sua opinião. O usuário mais tímido, ao final da intervenção, relatou que já havia usado o “cachimbo de água” em sua cidade natal e apontou ser muito comum ver pessoas na rua fazendo uso com este insumo. Se assustou com a coincidência e verbalizou sentir saudades “de sua terra”. Ao encerrar a intervenção, o redutor pontuou o movimento de crítica dos usuários referente ao uso do bombril. A redutora compartilha que aprendeu a produzir os cachimbos de copo de água em seminários e fóruns de Redução de Danos, em que haviam usuários presentes e demonstrou novamente para outros profissionais da equipe.

Existe um mal entendido no discurso social sobre os conceitos de Redução de Danos que permeiam a prática dos profissionais redutores, sendo necessária constantemente a reafirmação de que a RD é um pacto pelo cuidado e não pelo o uso. Para muitos usuários, esse pacto só existe por meio da promessa de abstinência e, nesse sentido, é que o pacto pelo cuidado se constrói por vias que

podem ocorrer paralelas ao uso (Cavallari; Reale, 2020). O redutor de danos pode operar com a suspensão dessa queixa, da interrupção imediata do uso, sem enfrentá-la diretamente, para que ela possa ecoar de outra forma na construção de uma demanda que envolva aspectos singulares das relações que o usuário estabelece com a substância, o território, suas redes de afeto e com o próprio redutor.

No contexto das ruas, a queixa que por vezes é inexistente e geralmente pode surgir como fome, uma ferida na perna, o acesso a algo que a rua não permite, ou mesmo na necessidade de material para uso da própria droga, só torna a demanda possível quando não estanca a relação por meio da necessidade. Ou seja, aquele que oferece algo, põe em perspectiva um ponto de interesse mais além do objeto, que, se houver sorte, se deslocará ao longo da relação. Não se trata de pensar melhores meios de salvar um usuário ou de garantir sua saída da rua, mas de interditar a ilusão de que a droga basta. Até mesmo a demanda de insumo pode ser objeto de manejo, dadas as condições e os tensionamentos que uma relação permite sustentar. Por mais que a distribuição de insumos faça parte dos programas de prevenção, é fundamental que esteja sempre à disposição dos profissionais para manejarem segundo o critério que julguem relevante no trabalho com os usuários (Alencar, 2020, p. 128).

Ao se debruçar sobre as propostas previstas pelas portarias de Redução de Danos, identifica-se seu posicionamento antiproibicionista diante dos danos e dos riscos em que se encontram as pessoas que realizam usos abusivos de SPA. Neste ponto há uma zona de tensionamento entre a operacionalização das estratégias de Redução de Danos e o aparato legislativo nacional sobre drogas, contraponto que produz consequências na execução das propostas e ações de alguns espaços dos setores de cuidado público, segundo Nicodemos (2020):

Os redutores de danos também se encontram nesta fronteira entre as políticas de criminalização das drogas (e os discursos que as sustentam) e os marcos legais que os autorizam a existir como uma equipe de Redução de Danos e a execução de suas estratégias de cuidado (p. 128).

Alencar (2020) também enfatiza que mesmo observando um movimento de abertura para incorporação de práticas inovadoras na formulação de política pública, junto a um reconhecimento de lacunas no saber moral instituído, o trabalho desenvolvido pelos redutores de danos caminha com contratempos institucionais, podendo-se destacar: a cristalização dos meios de trabalho e autonomia do

profissional, os desafios impostos pelo território, suas correlações de força, seus eventos intempestivos, a violência que assola quem vive na rua e a desarticulação dos diferentes setores de políticas públicas, como o da saúde, assistência social e segurança pública. Ademias, o estigma e a discriminação associados ao uso de drogas ainda são muito presentes em nossa sociedade, o que muitas vezes impede que as pessoas que usam drogas busquem ajuda e tratamento.

Durante minha experiência acompanhando o núcleo dos redutores de danos de uma equipe de Consultório na Rua foi possível testemunhar a reverberação de encontros, mesmo que breves, com diferentes usuários ao longo do ano. A compreensão dos profissionais redutores de presenciar e poder estar na cena de uso com o usuário enquanto um privilégio ampliam e potencializam uma escuta qualificada que transborda quaisquer noções patológicas e morais que não considerem a forma com que estes sujeitos, em sua maioria com intenso sofrimento psíquico, agenciam suas possibilidades, desejos e dinâmicas de vida considerando seus contextos sociais e familiares. Assim, a ação de disponibilização de insumos nunca se encerra por si só, ao contrário, proporciona uma abertura para aproximação e escuta e do sujeito, que é convidado a aparecer na relação de vínculo com os redutores de danos.

Tanto a participação em locais de uso intenso, o acompanhamento de usuários a outros serviços e em grupos (oficinas de música/arte) resgatam a essência do exercício clínico diário frente a um usuário de saúde. Dedicar-se a se conectar com sujeito para além de sua/seu enfermidade/ vício descrita em livros teóricos, mas sim, conectar-se com suas histórias e percepções sobre a sua própria vida. Priorizando o diálogo, a sustentação de vínculo e o resgate de outros prazeres do sujeito para além do uso de substâncias. Neste ponto, destaco que a oferta de um espaço momento de escuta, o “insumo” indireto, no momento da abordagem se encontra com os instrumentos da psicologia na escuta ativa do sujeito.

“Da cena de uso a cena de cuidado”

[Cena II] Em meio as caminhadas acompanhando os redutores (guardiões do vínculo) em campos não fixos próximo a uma linha de trem, local que possui um importante uso e venda de crack e grande quantidade de “barracos” pelos trilhos, de longe visualizamos um grupo de usuários sentados camuflados pelo mato alto. Os

redutores se apresentam enquanto membros do Consultório na Rua, mesmo distante um usuário reconhece uma das profissionais e inicia uma conversa. Ao nos aproximarmos do grupo, ouço-os avisando “são os anjos”, em seguida eles indicam o caminho para a passagem agradecendo a nossa presença. Caminhando mais a frente abordamos outro grupo, realizamos a entrega de água e insumos informando-os sobre o uso, durante a abordagem uma usuária pergunta sobre método de anticoncepção, pede para conversar de modo mais particular e comenta que ouviu falar sobre o “chip” (Implanon). Iniciamos uma conversa sobre não desejo de ser mãe e proteção de seu próprio corpo durante seu uso, a convidamos para nos acompanhar até a van ou trazer a médica para a cena de uso para que ela pudesse conversar e decidir sobre seu método. Ela opta por acompanhar os redutores até a van.

A entrada de outros núcleos profissionais com uma figura que possui histórico de vínculo com o território e com as pessoas que fazem uso de substância, estabelece uma relação mútua de reconhecimento, e possibilita o acesso à informação e oferta de cuidados de saúde. Além disso, também promove o aparecimento de partes das histórias de vida dos sujeitos que não têm como protagonista a situação de uso de SPA. A presença do redutor de danos media e amplia a relação dos usuários (de SPA e do sistema único de saúde) com a equipe de saúde, transformando a cena de uso em uma cena de cuidado de si, do corpo e dos vínculos.

No episódio narrado cabe destacar a particularidade da clínica AD (Álcool e outras Drogas), na qual a usuária utiliza de um momento proporcionado pela intervenção dos redutores para sair do local e da repetição de seu uso para pensar sobre outros componentes de sua existência enquanto sujeito. Ela aceitou acompanhar a redutora de danos após uma “puxada” (sic) de cannabis para sustentar a fissura e poder ter um momento seguro e reservado de reflexão para além de seus modos de uso de substâncias. Assim, verifica-se que o contato com a história de vida do sujeito para além do uso não só amplia, mas reafirma seus territórios existenciais.

“Não dá para esperar outra coisa se não violência”

[Cena III] Antônio (nome fictício) é um usuário de álcool, negro, de 35 anos, que circula pela região central da cidade e frequentemente acessa os campos fixos do Consultório na Rua. Mesmo com a presença do tráfico e grande movimentação comercial de SPA na região, observa-se que a substância mais prevalente dentre os usuários que permanecem no território é o álcool. A região também possui uma localização central em relação aos serviços de assistência a pessoas em situação de rua (Centro POP, Bom Prato e abrigos), sendo uma área de bastante circulação da população durante grande parte do dia. Antônio acessa a equipe com desejo de parar o uso do álcool devido complicações clínicas em seu quadro, relata que após beber se torna uma pessoa muito violenta e agressiva e que perde o controle de suas ações. Em conversa com os redutores de danos, associa descontrole ao estado de alerta e defesa que ficava em casa durante sua infância, narra que cresceu em um ambiente muito violento em que as relações eram mediadas por uma “dose”. Após alguns atendimentos é articulado abrigo temporário em casa de passagem, local em que é proibido o uso de SPA e existem regras específicas a serem cumpridas. Na semana seguinte à sua inserção no abrigo, a equipe é comunicada sobre a expulsão de Antônio devido a um conflito e ao uso de álcool. Em breve discussão de caso no espaço da reunião de equipe houve surpresa e diferentes leituras sobre o comportamento reativo do usuário, percebo que parte da equipe rompe o vínculo com o usuário e passam a associar a figura de Antônio a momentos rompantes e irritabilidade. Após este episódio, o usuário fica longo período sem aparecer nos campos. Quando Antônio volta a frequentar o campo, relata aos redutores que se sentiu envergonhado e sem perspectiva considerando que “perdeu sua chance” (sic). Durante oficinas e acolhimentos ao longo dos meses Antônio foi conseguindo contar mais sobre si, movimento que é transmitido à equipe pelos redutores de danos em espaços de discussão, desmistificando a impressão de uma pessoa “esquentada” e reativa diante de qualquer negativa. É interessante observar a transformação na abertura da equipe quanto ao cansaço da equipe referente ao fato de o usuário não cumprir de forma constante com os combinados realizados com os serviços. A partir da percepção do profissional redutor de danos que sustentou sua posição de escuta e vínculo diante de uma situação disruptiva, foi possível traduzir as marcas de sofrimento de Antônio para a equipe de outra forma.

A reprodução da violência em atos ou comportamentos dos usuários muitas vezes são colocadas como única produção possível para estes sujeitos, apagando todo o contexto de história e constituição de vida e excluindo a possibilidade de retratação nas relações, mesmo as estabelecidas de forma terapêutica. Em um segundo momento, em relação mediada pelos redutores de danos, Antônio pode se retratar com a equipe e retomar seus projetos e articulações de cuidado CNAR e na rede.

A entrada do Consultório na Rua, especialmente dos redutores de danos, em territórios vulnerabilizados e marginalizados escancara um aspecto presente na dinâmica de vida dos usuários: as violências. Cabe ressaltar os diversos tipos de violências que permeiam os campos de cuidado e a vivência dos sujeitos atendidos. No entanto, buscando delinear a discussão proposta neste trabalho destaca-se o fenômeno de distanciamento observado e vivenciado pela equipe diante dos contextos assistidos. Afinal, o que se espera de espaços descritos, de forma midiática, enquanto produtores exclusivos de “drogas e violência”?

É importante assinalar que a violência também permeia as relações de vínculos possíveis nestes locais, que a dinâmica vivenciada por estas populações não se estruturam a partir “da violência pela violência” e não se justificam sem levar em conta as esferas sociais em disputa presentes no território. Neste cenário, por conta das movimentações presentes no território, como disputas entre policiamento e tráfico, observa-se o distanciamento físico e psíquico da equipe de saúde, mesmo que momentâneo, dos locais de conflitos prevalentes, ocasionando no distanciamento do usuário ao acesso a ofertas de cuidado e direitos básicos.

Por outro lado, é o trabalho dos redutores de danos que resguardam os vínculos que envolvem a tríade equipe, território e usuários. Dessa forma, são estes profissionais que continuam agenciando possibilidades de cuidados para usuários isolados devido situações e exposição a contextos de violência. É importante marcar, assim como indica Nicodemos (2020), que a partir das mais diversas experiências de intervenções nos campos, os redutores são advertidos e sensibilizados de que a intoxicação por si só também é uma tentativa do sujeito reduzir os danos oriundos do mal-estar diante de suas condições para existir socialmente.

Sendo o núcleo que ultrapassa os limites territoriais dos campos fixos, dando sustentação aos intervalos de oferta de atenção de acordo com a dinâmica itinerante

dos campos do CNAR, buscando não reproduzir os ciclos de rompimentos que os contextos de violência se estruturam e convocando a equipe de saúde para perto do usuário.

Outro desafio que se apresenta no cotidiano é a construção de um cuidado longitudinal da pessoa em situação de rua, mesmo que muitos desses sujeitos permaneçam de forma constante em territórios nos quais são realizados semanalmente campos fixos do Consultório na Rua. Ocorre que a forma ambulatorial e o desgaste das relações de cuidados clínicos dicotômicos produzem uma contratransferência negativa sobre determinados usuários frente às respostas a ofertas de cuidado da equipe. De acordo Paula (2022), as dicotomias que perduram no campo da saúde fortalecem as barreiras entre diferentes disciplinas (saber-poder), enrijecendo os processos de produção de manejos e intervenções que compreendam o sujeito (de desejo) para além de seu comportamento em uma relação médico-paciente.

Ao longo dos anos, em contrapartida aos protocolos “enclausurados” - que não se inscrevem de maneira permanente no contexto da rua, o próprio processo de ampliação da RD contribuiu para a constituição de um método de cuidado em saúde composto por diferentes procedimentos e dispositivos clínico-políticos, se interessando pelos “porquês” e enfatizando os processos (os “como”) de vinculação das histórias de vida de sujeitos que fazem uso abusivo de SPA, não tendo como foco único a relação de abstinência do usuário com a droga.

Tendo como horizonte a RD como paradigma de cuidado e considerando a relevância do vínculo na clínica com sujeitos expostos a situações de desamparo e vulnerabilidades sociais os redutores de danos realizam uma função de preservação e proteção para a construção de um vínculo que permanece, uma relação de cuidado que sustente os rompimentos reproduzidos pelos usuários, pela equipe e pela rede. Pois, apreende-se que a manutenção deste vínculo produz outras formas do sujeito se relacionar em que ele se sinta seguro para novas aberturas com a equipe e consigo mesmo.

Durante minha experiência no CNAR enquanto residente foi interessante observar que tal movimento é realizado principalmente pelos profissionais do núcleo da Redução de Danos dentro da equipe. Sendo os redutores os “guardiões dos vínculos” com os usuários e, por conseguinte, com os territórios que são campo de

atuação do Consultório na Rua. Da mesma forma, são estes profissionais que realizam “o meio de campo”, a mediação e tradução tanto das intervenções da equipe para o usuário quanto dos desejos dos usuário para com a equipe.

Cumpra aqui destacar novamente a importância da horizontalidade da linguagem para que os termos técnicos universitários em uma discussão de caso encontrem seu interlocutor de maneira clara e significativa, ou seja, para que encontre o diálogo com o usuário. Observa-se que um esforço de linguagem presente nas abordagens dos redutores de danos, na tentativa de ser o mais didático e ilustrativo possível. Por outro lado, traduzir as demandas imediatas do usuário em espaços de discussão também é uma função minuciosa e desafiadora, que também possui potencial de transformar “mais um” atendimento do usuário em “o” atendimento **com** o usuário no qual a história de vida do sujeito possa entrar em cena na discussão médico-universitária dentro da equipe.

Considerando a dinâmica institucional, são os redutores que realizam suas atribuições de maneira mais maleável, devido às suas formas singulares de exposição nos campos, frente ao enrijecimento que normas institucionais podem trazer a outros núcleos de formação. Tal disposição proporciona que os redutores de um equipamento de saúde extramuros se movimentem de forma porosa entre as relações no território e também na equipe, produzindo uma abertura na forma de discussão dos casos possibilitando a construção de novas propostas de cuidado considerando o modo e história de vida do sujeito ampliando o “olhar” especializado sobre a enfermidade do usuário atendido pelo Consultório na Rua. Dessa forma, o redutor se coloca como importante ator na comunicação dos desejos que permeiam a existência do usuário e os desejos da equipe, sendo este um ponto chave para articulação de um cuidado singular e de rede para que o usuário possa circular entre os serviços de forma menos conflituosa.

Enquanto estratégia de intervenção psicossocial, a partir dos sujeitos que o serviço acolhe em tratamentos e com suas histórias de vida, refletir sobre os fenômenos sociais se torna parte essencial do trabalho. As condições de emprego, moradias, a fome, exposição a violência, entre outros, dizem respeito diretamente ao modo como emerge o sofrimento psíquico na população que o Consultório na rua atende.

Costurando uma rede de retalhos

[Cena IV] No campo realizado próximo ao terminal de ônibus existe uma praça onde acontece, em grande quantidade, venda e uso abusivo de substâncias, principalmente crack e álcool. É uma praça que fica próximo a uma passarela que passa por cima da linha do trem, formando uma arquitetura de paredão onde não bate sol e é de difícil visualização. Em frente ao paredão há um canteiro, local em que se constitui como uma cena de uso a céu aberto. Durante a realização de um campo móvel, em conjunto com os redutores de danos, abordamos Leila (nome fictício), uma mulher negra, magra e bem vestida próxima a entrada do paredão. Ela aceita água e me puxa de lado, conta que chegou a pouco tempo na cidade e que vai embora em breve pois é natural de Santa Catarina. Na semana seguinte, abordamos Leila novamente, ela pouco nos reconhece e apresenta-se bastante intoxicada, nos apresentamos novamente e disponibilizamos água. Em torno de dois meses depois, a usuária acessa o redutor de danos próximo a van, que fica instalada no meio da praça, e sussurra verbalizando desejo de ser levada ao CAPS, Leila compartilha percepção de intensificação do uso e pede ajuda. É realizado combinado com usuária para encontrá-la na mesma semana e acompanhá-la até o CAPS. Em dia e horário combinado encontramos Leila na cena de uso novamente, ela nos identifica e verbaliza que irá e só precisaria organizar suas coisas. Ao aguardar, observamos o movimento angustiante da usuária de sair da cena de uso, ela percorre todo o local procurando um trago e verbaliza sentir “um imã a puxando e não a deixando sair” (sic). Após ela realizar um “trago”, em conjunto, organizamos suas coisas até a van. Ao entrar na van, Leila começa a chorar e apertar seu próprio corpo, pede desculpa e aponta que este momento de crise sempre ocorre quando percebe que vai ficar um tempo fora da cena de uso. Ao chegar no CAPS, compartilhamos o episódio ocorrido no caminho e acompanhamos o acolhimento ao seu lado, ela é inserida no leito. Um tempo depois, também nos campos realizados pelos redutores encontramos Leila novamente, ela relata que gostou de ficar no leito, mas não conseguiu sustentar por muito tempo e evadiu. Compartilhou receio de ter chateado os profissionais do CAPS, realizei conversa com usuária e indiquei possibilidade de retorno. Leila afirma que não sabia chegar ao CAPS sozinha, no mesmo momento, os redutores combinam de acompanhá-la caminhando para que ela aprendesse o caminho. No dia seguinte, encontramos Leila novamente próximo

a praça e realizamos caminho até o serviço andando, durante o percurso ela conta sobre suas histórias de vida e dinâmicas do território, diz que presencia muitas cenas de violência e que não reconhece o estado físico que se apresenta considerando que sempre foi muito vaidosa. Conta a origem de sua família e de que desistiu de voltar para sua cidade natal. Ao chegar ao CAPS é inserida em leito novamente. Depois da garantia de sua inserção e vinculação com o serviço foi possível ampliar discussões e ações conjuntas sobre o caso. O cuidado de Leila passou a ser construído para dentro e fora do CAPS a partir da entrada que a usuária estabeleceu com a figura dos redutores de danos. Em vários momentos foram realizadas buscas ativas no território ou articuladas idas ao CAPS mediadas pelo vínculo e confiança com os redutores de danos. Em um de nossos encontros em outra cena de uso, identificamos Leila se dirigindo até nós e verbalizando para outro usuário, com quem parecia estar tendo um desentendimento: “viu, tem alguém que ainda se importa comigo nesse mundo”.

Compreendendo a complexidade dos objetivos da Política de Atenção Integral para usuário de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2003) de forma ampliada nos dispositivos de cuidado, e considerando as nuances e os limites de um cuidado efetua-se a necessidade de trabalhar em rede - de saúde, serviços, territoriais, familiares e dentro da própria equipe. A ampliação da Redução de Danos enquanto ato concreto (pontual) para um paradigma ético de cuidado culmina na esfera educativa dentro da equipe sobre o próprio território de atuação e de suas práticas. Dessa forma, defende-se a urgência de lançar um olhar crítico para a construção de um cuidado baseado na ética da Redução de Danos, não isolando e restringindo as práticas a técnicas prescritivas de um determinado núcleo.

Assim, como nos princípios da Redução de Danos se defende a importância de cada encontro, a clínica permeada pela RD pretende se conectar com o sujeito e sua história de vida. A escuta ativa do redutor de danos nos campos móveis e em cenas de uso se distanciam da noção de saber do especialista e propiciam espaços para as imprevisibilidades e espontaneidade de cada encontro clínico no campo. Cabe aos profissionais, o esforço de carregar delicadezas do cuidado peripatético para dentro e fora dos serviços da rede.

A dificuldade de acesso a direitos e serviços de saúde para a população em situação de rua não se encerra após as intervenções realizadas pelo Consultório na Rua, em muitos cenários em que o processo de cuidado do usuário demanda outros níveis de atenção observa-se que os mesmos não conseguem chegar ou permanecer nestes locais. A entrada com o acompanhamento da equipe garante acesso, espaço de escuta e um lugar na rede para os usuários que se encontram em situação de rua impossibilitados de reivindicar por seus direitos básicos enquanto cidadãos. As barreiras são principalmente socioeconômicas, higienistas e raciais; observa-se que não há um conhecimento sobre a dinâmica de vida e características desta população, reforçando a percepção de sujeitos “inexistentes” na sociedade.

As vulnerabilidades decorrentes desta condição endossam o sofrimento de cada sujeito e as colocam numa posição ainda mais marginal [...], além de produzirem consequências diretas em relação aos seus modos de consumir drogas e aos modos de obtenção destas substâncias. Sendo assim, faz-se urgente a necessidade de elaborarmos novas estratégias de redução de danos e uma escuta que permita cantarmos não apenas as especificidades de cada caso mas também a importância de estratégias que sirvam aos usuários em seus laços sociais, no modo como elas são tomadas [...], assim como eles lidam com as situações de violências existentes em seus cotidianos (Nicodemos, 2020, p. 101).

[Cena V] Henrique (nome fictício) é um usuário de 40 anos, branco, que faz uso de álcool no terminal metropolitano. Ele permanece sentado durante a maior parte do dia e compartilha goles e conversas com outros usuários que circulam no território. Sempre se apresenta alcoolizado e com machucados pelo corpo devido a quedas em episódios de convulsões por conta de curtos períodos de abstinência da substância. Henrique relata que acorda todos os dias tremendo e suando frio e indica que a bebida faz mágica em seu corpo, pois “anestesia” (sic) todos os seus sintomas. No início de abril, os redutores identificaram que ele estava com um machucado no olho esquerdo. Ele conta que estava separando materiais recicláveis e acabou arranhando o glóbulo ocular com alumínio, se mostrou resistente em buscar ajuda e ir ao hospital mesmo quando oferecido transporte pelo serviço da assistência. Neste período, por conta de múltiplos ferimentos e acompanhamento de uma ferida em sua perna, passamos a acessar Henrique semanalmente, procurando sensibilizá-lo sobre o cuidado de seu olho, que necessitaria de um atendimento

médico especializado realizado em um hospital na outra parte da cidade. Depois de diversos acessos, junto aos redutores de danos, combinamos de acompanhá-lo até o hospital para que ele fosse avaliado. Entretanto na data combinada, ele se recusou a ir, pediu desculpa e disse que não aguentaria ficar trancado por muito tempo, disse gostar de lugares abertos pois tinha ficado mais de 10 anos preso. Devido ao agravamento da condição clínica do olho, tentamos novamente propor acompanhamento até o hospital, ele aceita. No dia combinado, Henrique ainda se apresenta contrariado, mas entra na van, é orientado a “tomar um gole” antes de entrar para que pudesse aguardar a consulta sem sintomas de abstinência. Em conversa prévia com a equipe, os redutores pontuaram a necessidade de estratégias para auxiliar com os sintomas como tremores e fissuras, destacando a importância da presença de um técnico ou médico para administração de medicações. Ao chegar no hospital, Henrique se depara com a primeira barreira de acesso, impossibilitado de dar entrada pelo ambulatório pois não tem documento - situação comum para pessoas em circulação de rua. Assim, somos direcionados para a entrada do Pronto Socorro, que possui tempo de espera maior. Após o cadastro na recepção, Henrique verbaliza incômodo em ter que aguardar sentado em cadeiras, diz que se sente mais confortável sentando no chão pois já estava acostumado. Bastante ansioso, se movimentou dentro e fora da sala para fumar cigarro. Após longo tempo de espera, usuário é atendido e encaminhado para consulta em ambulatório, nota-se que ele está com pequenos movimentos de tremores e lhe é ofertado medicação trazida, ele aceita. Ao voltarmos ao mesmo lugar de chegada, Henrique conta história sobre suas tatuagens no corpo, possui uma rosa tatuada para cada mulher de sua vida. Após mais um período de espera, se deita no chão para dormir e diz que a medicação lhe deu sono. Ao ouvirmos seu nome sendo chamado, o acordamos e ele passou por uma nova consulta na qual foi verbalizado entre os profissionais que seu olho “não teria mais salvação”. Henrique termina a consulta muito abalado e choroso. Na avaliação médica, foi realizada indicação de cirurgia para retirada do globo, que se encontrava infeccionado. Usuário queixa-se de estar com fome e com sintomas de abstinência. Concomitante com períodos de espera sem informações sobre os próximos passos Henrique apresenta-se mais angustiado e irritado. Pede explicações claras sobre o fato de não recuperar sua visão e pede para ir embora. Foi explicado aos profissionais do ambulatório a situação do paciente e pedido a

prescrição de medicação para que ele pudesse sustentar uma internação para realização da cirurgia. Em meio a negativas e demora, Henrique se dirige a recepção para tentar beber o álcool da mesa, muito angustiado pede desculpas aos profissionais do Consultório na Rua justificando que não vai conseguir ficar, pula a catraca e evade do hospital sem receber os cuidados necessários. Não retorna nas tentativas de negociações da equipe e acaba retornando ao seu território, o terminal metropolitano, a pé. Na semana seguinte, encontramos Henrique novamente, ele pede desculpas e esclarece aos redutores que não ficou bravo com a equipe e verbaliza preferir se conformar com a perda da visão do que ser humilhado daquela forma novamente.

Nestes contextos, requer-se um ator instruído dos direitos e funcionamentos do cotidiano dos usuários para advogar em favor de suas necessidades. Cabe aqui salientar que o próprio tempo de crise de abstinência é um fator singular que engloba o acesso e o atendimento de sujeitos que fazem uso de álcool e substâncias psicoativas. Ao redutor de danos muitas vezes lhe cabe este papel, de acompanhar a serviços ou exames ou mesmo realizar articulação de rede para garantir que o usuário seja bem recebido e respeitado em suas singularidades.

Durante o ano foi possível perceber a função do redutor de danos enquanto mediador da relação dos usuários com serviços de saúde (CAPS, abrigos e hospitais), a presença do profissional nesses espaços no primeiro momento sustentava a abertura para uma vinculação a curto e longo prazo. Entretanto, o acompanhamento do redutor não se faz estratégico apenas ao lado do usuário. O lugar do profissional dentro das discussões de caso em rede enriquece as percepções e construções de dispositivos de cuidado.

Tendo em vista que o espaço de formação e vinculação do paradigma da Redução de Danos se deu e se dá a céu aberto - rua afora, e somente por conta do contato direto nos territórios e com as formas existenciais dos sujeitos que vivem e circulam na rua. A importância da presença do redutor de danos consiste em trazer o que ocorre na cena de uso para a cena de construção de cuidado, garantindo que as histórias do sujeito e seus territórios existenciais sejam colocados nos espaços - “em cena” - de articulações de seus projetos singulares de cuidado.

As ações dos redutores de danos também são perpassadas pelos momentos de sensibilização e educação permanente de outros núcleos da equipe/ outros serviços sobre a ética e diretrizes da Redução de Danos, desmistificando a noção reduzida da RD enquanto ação concreta de troca de insumos e a apresentando como um paradigma de cuidado a usuários que fazem uso abusivo de substâncias, este, que promove a radicalidade da construção singular territorial e subjetiva.

Outra forma de rede também perpassa o cotidiano das abordagens dos redutores de danos, o processo contínuo e seguro de vinculação produz permeabilidade para construir redes possíveis do próprio usuário em seu cotidiano, sejam colegas de rua, lugares para obter alimentação ou dormir em dias de chuvas e pessoas que possam ajudar caso necessário. A construção ou percepção de uma rede de apoio do usuário não atrelada a serviços institucionais causa estranhamento aos modelos que preconizam uma forma de prescrição fechada de tratamento. O cuidado da população em situação de rua possui uma marca frente ao limite de uma intervenção que pressupõe alguma forma de controle, pois, considerando que o setting é um espaço aberto é necessário um fazer clínico que viabilize um processo de cuidado que aconteça para além do momento de presença e “vigília” da equipe, respeitando as escolhas do sujeito.

Que clínica é essa?

Vivenciar um mergulho intenso de dois anos na saúde mental em contextos diferentes me convoca a pensar, que clínica é essa? E quais são as inter(possíveis) relações que atravessam o sujeito em momentos de grande sofrimento mental?

A reverberação dos encontros com as diversas formas de se estar em “crise” no meio social, seja ela mental ou adicta transbordaram quaisquer noções que desconsideram a interseção de fatores que se apresentam na configuração social de base dos sujeitos, seja um cenário de violência que adocece ou a ausência de um suporte psíquico familiar/social. A clínica deve se preocupar com os processos de constituição do sujeito para ajudá-lo a compreender suas posições e lugares no mundo. Poder acompanhar profissionais e ter o privilégio de escutar os usuários em encontros na rua me convocou a me afastar de saberes psicopatológicos e institucionais maciços para que eu pudesse acolher as diferentes dinâmicas de funcionamentos que produzem imenso sofrimento mental.

Tais atravessamentos clínicos, políticos e culturais imprimem a diferença de pensar o fazer redutor de danos e o fazer clínico na Redução de Danos de acordo com cada território com o qual se trabalha. Entendendo que a intervenção em uma área aberta de prostituição será completamente diferente de uma abordagem em um mocó camuflado para uso de crack, mesmo as ações realizadas em ambos possuindo as mesmas diretrizes paradigmáticas.

A clínica na rua incomoda, desvia, não cabe na norma, é marginal em diversos sentidos. Pois a prática de cuidado é na rua, onde a vida acontece, onde não existem muros ou lugares para se retornar. Uma clínica com uma população que muitas das vezes não sustenta uma modalidade clássica de atendimento clínico e que requer do profissional uma invenção e uma posição de oferta de sua presença.

As estratégias de redução de danos, quando orientadas por um fazer clínico, promovem alguma brecha [...]. Não há protocolos psicanalíticos pra trabalharmos com um sujeito, mas sim operadores clínicos e direções conceituais exercidas numa prática não prescritiva e que requer sempre um não todo em jogo para que possamos trabalhar. Há um saber que não se completa no nosso fazer, diferentemente de um saber supostamente sem falha, operado por protocolos que não apenas expulsam o sujeito [...], mas o coisifica no lugar de um objeto anatomopatológico (e comportamental) de intervenção, ou seja, o igualando ao resto (Nicodemos, 2020, p. 151).

A clínica no território é um desafio desnudo que produz a necessidade de uma clínica dita “tradicional” se movimentar, em uma direção não prescrita, na direção que o usuário indica o caminho. Exige abertura e disposição para vínculos, que perdurem, que resistam e auxiliem os próprios usuários a se sustentarem. Portanto, é justamente a oferta da presença nos territórios de vida destes sujeitos sustentando com eles, mesmo que breves, dispositivos de escuta pautados no vínculo que se pode de fato promover algum reposicionamento diante das condições psíquicas e existenciais de cada usuário.

A Redução de Danos aliada à clínica permite uma operação em que haja alguma escolha por parte de um sujeito de modo que este não seja apenas tomado como objeto e se não torne sinônimo de um totalitarismo de saberes de um discurso marcado pela guerra aos sujeitos que fazem uso de drogas. É essencial ressaltar que há um impossível de se saber sobre os sujeitos, e que a clínica não se propõe a suturá-lo, mas sim, a fazê-lo trabalhar a seu favor. Atentando-se para o fato de que

“a segregação é produzida justamente no ponto em que supostamente já se sabe tudo sobre um sujeito” (Nicodemos, 2020, p.169).

Conclusão

O paradigma da Redução de Danos se coloca na prática profissional com pessoas que fazem uso de substância enquanto um desafio, pois nega quaisquer generalizações moralizantes e privilegia a construção de possibilidades de uso e cuidado a partir de cada sujeito, sendo o trabalho acompanhar a construção de crítica do sujeito sobre as dimensões de um uso abusivo em sua existência. A sustentação do vínculo frente às dinâmicas e a impossibilidades do usuário, entendendo que uma ação de retaliação ou punição não produz efeito longitudinal de cuidado, somadas a oferta de espaços de troca promove a radicalidade da construção singular territorial e subjetiva dos usuários abordados. Permite que os casos destes, que são excluídos da esfera social, estejam presentes em discussões essencialmente políticas de equipes, serviços e entre núcleos.

Os principais campos de atuação de uma política de RD são atravessados por questões sociais estruturais e discursos moralizantes e assistencialistas, que localizam os usuários de SPA em um lugar de “perdição” e fracasso individualizante. Em contrapartida, a prática da ética do paradigma da Redução de Danos se direciona para as potencialidades destes, respeitando suas escolhas e dando importância clínico-política às miudezas e delicadezas desenvolvidas dentro de uma relação de cuidado horizontalizada.

Dessa forma, é interessante observar o paralelo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e a práxis do paradigma sustentado neste trabalho. A Redução de Danos é uma forma de radicalidade da Reforma e do SUS, pois tem como principal preceito o radical de construir com o usuário, e somente junto dele, seja um novo insumo ou uma estratégia para aproveitar melhor a “brisa”. É um conjunto de saberes permeável ao usuário e as dinâmicas de seus territórios, em que o conhecimento científico-teórico não ilegítima os saberes de vivências e dinâmicas que se apresentam no cotidiano de sobrevivências desses sujeitos.

O trabalho dos redutores de danos não se restringe a distribuir seringas e criar uma relação entre o território e as clínicas institucionais. A Redução de Danos é uma modalidade de clínica que se realiza no próprio território, uma clínica

peripatética. A territorialização é a função que reúne todas as outras e se serve de uma ou de outra para criar territórios existenciais. Os caminhos clínicos são definidos a partir dos agenciamentos produzidos nos percursos territoriais adentro e conferem a direção de para um projeto clínico político.

O cotidiano de trabalho nos serviços de saúde mental mostra que a formulação de respostas às demandas está diretamente relacionada às diferentes formas de compreender as problemáticas psíquicas associadas ao uso de SPA, e conseqüentemente de tratá-las. Faz-se necessário que haja uma mudança na forma como a sociedade enxerga o uso de drogas, para que seja possível avançar na implementação de políticas de Redução de Danos efetivas que incorporem as necessidades, especificidades das vivências e possibilidades destes usuários frente suas problemáticas.

O que verifica-se na clínica orientada pela ética da Redução de Danos é a possibilidade de cada sujeito inventar alguma regulação da dimensão de uso e escolhas a partir do uso (intenso) das palavras sobre aquilo que é impossível dizer e é fonte de sofrimento. É a partir de uma oferta de presença, mesmo que itinerante, unida à construção de cidadania (moradia, retirada de documentos, cuidado da saúde, alimentação), que permite, num passar de tempo, que cada sujeito sustente sua demanda psíquica de modo que suas palavras ganhem mais consistência e produza intervenções diante de suas “mazelas”.

Referências

Alencar, R.. As diferenças entre queixa e demanda no trabalho de redução de danos: possibilidades para uma escuta clínica em espaços heterogêneos. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, 2020, 21(2), 124–130.
<https://doi.org/10.52753/bis.2020.v21.34625>

Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2003a.

Cavallari, C., & Reale, D.. Psicanálise e redução de danos: autonomia e mútua potencialização. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, 2020, 21(2), 73–81.
<https://doi.org/10.52753/bis.2020.v21.34620>

I Fórum Estadual de Redução de Danos do Estado de São Paulo. Godoy, A.; Ramos, B. Sant'ana, M.; Costa, R. (Organizadores). 1. ed. - São Paulo: Córrego, 2014.

Fuini, L. L. Território, territorialização e territorialidade: o uso da música para a compreensão de conceitos geográficos. *Terr@ Plural*, 2014 1, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 225–249.

Hardt, M.; Negri, A.. *Multidão: guerra e democracia na era do Império*. RJ: Record, 2005.

Lima, E. M. F. De A.; Yasui, S.. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 102, p. 593–606, jul. 2014.

Nardi, H. C.; Rigoni, R. De Q.. Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicologia em Estudo*, 2005, v. 10, n. 2, p. 273–282.

Nicodemos, J. C. D. O.. *Psicanálise, redução de danos e o uso abusivo de drogas: estratégias possíveis diante do impossível*. Curitiba: CRV, 2020.

Paula, D.T.. *Guerra às drogas e redução de danos: tecendo o comum nas encruzilhadas do SUS*. 1. ed. - São Paulo: Hucitec, 2022.

Rameh-de-Albuquerque, R. C. *Da pessoa que recai à pessoa que se levanta: A recursividade dos que usam crack*. Curitiba: CRV, 2020.

Shimoguri, A. F. D. T.; Périco, W. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. 2014, *Rev. Psicol. UNESP, Assis*, v. 13, n.1, p.33-51.