



UFRJ

Universidade Federal do Rio de Janeiro

**“Drogas na sociedade contemporânea:
O paradigma do mito da roca”**

Leonardo Lima de Moraes

**Rio de Janeiro
2015**

Leonardo Lima de Moraes

**Drogas na sociedade contemporânea:
O paradigma do mito da roca**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social

Orientadora: Miriam Krenzinger A Guindani

Banca Examinadora:

**Rio de Janeiro
2015**

Dedicatória

Gostaria de dedicar esta monografia a todos os profissionais da Rede de Saúde do SUS tal como os professores da Universidade conectados com os movimentos da política de saúde nacional que lapidaram toda a experiência bruta advinda do contato com os usuários onde cada dia se apresentava um novo desafio na busca de se firmar e concretizar os princípios fundamentais que se valem o SUS.

Os usuários com o qual tive contato não se fazem menos importante ao longo desta trajetória de formação acadêmica, são responsáveis pelos fragmentos de realidade que somados aos conhecimentos teóricos apresentados na academia produziram aquilo que adotamos como conhecimento. Com estes usuários aprendi que a produção conhecimento deve estar conectada e sendo constantemente afetada pela realidade da qual se apresenta a prática profissional no cotidiano institucional a fim que seja sempre tido como prisma a ser alcançado à perspectiva de totalidade não se retendo as manifestações dos fenômenos da questão social que se apresentam ao longo do processo de trabalho. Cotidiano neste pensamento é entendido como espaço de transformação e aperfeiçoamento da ação profissional quando em contato e de modo a auxiliar na transposição das diversas barreiras que se solidificam por meio das manifestações da questão social as quais se fazem o principal objeto de intervenção dos assistentes sociais.

Epigrafe

*Ele tinha que segurar o barraco
Sua situação lhe deixava desesperado
Sua cor era a barreira pra poder trabalhar
Fez um monte de inscrição mandaram esperar*

*Tava devendo muita gente precisava de grana
Se inscreveu numa grande empresa, mandaram esperar um telegrama
Antigamente a gente exigia um bom salário
Hoje em dia a gente briga por um trabalho*

*Na sua cabeça não tinha vez para violência
Pedia emprego e exigiam boa aparência
Não era respeitado, era discriminado
A opressão era tanta que acabou ficando complexado
Seu filho em casa, barriga vazia
Eu tinha certeza que não era aquilo que ele queria
Aceitavam preto como faxineiro há um tempo atrás
Agora nem pra isso eles servem mais*

*A sociedade fechou as portas para um cidadão
Que ficou revoltado com uma opção
E essa opção morava ao lado
Entrou pra vida do crime querendo ser respeitado
Ficou de frente na favela controlando tudo
O seu negócio era o presente não ligava pro futuro
Todo mundo tremia quando ele passava
A fofoqueira da favela perguntava:*

*-Quem é o cara? Quem é o cara?
-Um Crioulo Revoltado Com Uma Arma!*

MV Bill - "Um Crioulo Revoltado com uma Arma"

Resumo

Moraes, Leonardo Lima de. Drogas na sociedade contemporânea: O paradigma do mito da roca

Este trabalho é fruto de uma soma de conhecimentos acumulados ao longo de minha trajetória acadêmica no Sistema Único de Saúde pela Escola de Serviço Social da UFRJ e posterior inserção profissional como Agente Social de Saúde em uma equipe de Consultório na Rua.

Foi elaborado a partir de um esforço de análise de uma *condição traçadora* - estudo de caso segundo a metodologia de Kessner (1973) que consiste em análise de condição específica de um objeto a partir do qual se é possível compreender questões sobre a forma de promoção de saúde de um serviço - dentro do ambiente de trabalho de uma Equipe de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro no ano de 2015. São tomadas como foco as relações da Rede de atenção à saúde do SUS a fim de firmar seus princípios fundamentais da Universalidade, Equidade e Integralidade na atenção a saúde. Como recorte será apresentado um caso de usuário da política de saúde da população em situação de rua, usuário de cocaína e portador do vírus HIV/AIDS da qual me ative como referência - dentro da categoria profissional de Agente Social de Saúde na Equipe de Consultório na Rua – qualificando este trabalho como uma pesquisa participante. Questões sobre a política da população em situação de rua, dos usuários de drogas ilícitas, sobre a política de saúde em varias esferas, tal como as fragilidades e potencialidades da Rede de Atenção a Saúde no município do Rio de Janeiro promoveram um processo reflexivo sobre os acessos e barreiras desta rede ao longo desta monografia.

PALAVRAS-CHAVE: Drogas, saúde, Rua.

Lista de Abreviaturas e siglas

CAPSad	Centro de Atenção PsicSocial Alcool e outras Drogas
CAP	Coordenação de Área de Planejamento
eCR	Equipe de Consultório na Rua
HEGV	Hospital Estadual Getúlio Vargas
LEAP	Law Enforcement Against Prohibition
PAF	Projétil de Arma de Fogo
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
RAS	Rede de atenção a Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Tratamento Anti-Retroviral
UNODOC	United Nations Office on Drugs and Crime
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto

Sumário

INTRODUÇÃO8

1.0 A QUESTÃO DAS DROGAS EM NOSSA SOCIEDADE10

1.1 Drogas e suas formas de tratamento: do encarceramento do "marginal" ao cuidado em saúde do ser humano12

1.2 O crack, a rua e seus desafios: Os "anormais" e os humanos normais19

2.0 JÁ É OU JÁ ERA: PRODUZINDO PORTAIS EM RUAS SEM SAÍDA23

2.1 Atenção básica e consultório na rua: universalidades, equidade e integralidade levado ao extremo23

2.2 De onde vêm os olhos do autor e a Metodologia da condição traçadora27

2.3 Conhecendo M. e traçando estratégias de cuidado30

2.4 Buscando as possibilidades da Rede de cuidado36

CONCLUSÃO48

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS52

INTRODUÇÃO

Guisa de introdução, este trabalho acadêmico perpassa pelas questões relacionadas às drogas na sociedade contemporânea, a legislação e as violações de direitos civis relacionadas à conduta do consumo destas substâncias em uma política que na prática produz mais danos do que as próprias substâncias das quais estas legislações nos dizem proteger. Neste sentido são questionados os marcos legais e lembrado, uma breve etimologia sobre o conceito de drogas e como ele vem sendo construído e transformado ao longo da história da sociedade.

É da pretensão desta monografia trazer por meio da experiência do duplo lugar que me ative enquanto profissional de saúde pública e estudante da Escola de Serviço Social da UFRJ, os desafios encontrados na implementação do Sistema Único de Saúde no cotidiano do processo de trabalho no território. Estes aspectos são trazidos sobre a perspectiva profissional e acadêmica configurando-se assim uma metodologia participativa uma vez que me encontro em simétrica relação com o objeto estudado. Este objeto será visualizado sobre a metodologia de condição traçadora formulada por Kessner (1973) originalmente para avaliação da organização de serviços de saúde, consiste basicamente da escolha de um objeto a ser analisado que dirá sobre aspectos de como o processo de trabalho é realizado em determinada instituição.

A condição traçadora que aqui se faz uso é um caso de uma Equipe de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro e os desafios apresentados na gestão do cuidado de um usuário aqui denominado M.. O roteiro institucional pelo qual passará este usuário assim como o conduzir da evolução de seu tratamento proporcionará a possibilidade de reflexão sobre os acessos e barreiras do cuidado da população em situação de rua usuária de drogas do Município do Rio de Janeiro no ano de 2015.

Faço exposto, que este trabalho está organizado em três capítulos, sendo o primeiro um diálogo com autores como Sergio Alarcon para apresentar uma breve genealogia da palavra drogas, também se faz de relevância a

análise de Rita Cavalcante sobre drogas no contexto da modernidade, sobre o prisma da legislação utilizo da Juíza Maria Lucia Karam para nos lembrar sobre o poder coercitivo do qual se faz uso da lei, no campo da saúde Isabela Queiroz será uma autoria de grande relevância para pensarmos as formas de tratamento dos usuários de drogas. E não se fazendo menos importante, Luiz Fernandes apresenta uma noção diferenciada dos locais de circulação e consumo de drogas dos quais adotará a denominação de *Territórios Psicotrópicos* ampliando a concepção sobre as relações sociais que ali se reproduzem do ponto de vista antropológico. Estes autores nos trazem panoramas contemporâneos sobre como a questão das drogas tem sido tratada sobre os prismas filosófico, sócio-histórico, legislativo e de acesso à saúde onde trago como encerramento uma breve exposição sobre a questão do crack no Brasil.

Já no segundo capítulo se pretende apresentar o modelo de Atenção Básica a Saúde implementado pelo SUS e as Equipes de Consultório na Rua responsáveis pelo cuidado em loco de populações em situação de rua diversas nas quais se incluem usuários de drogas que habitam os territórios psicotrópicos por onde estas substâncias circulam.

Por fim, ainda no segundo capítulo, compartilho a trajetória profissional e acadêmica pela qual fui permeado uma vez que acredito que se faz importante a compreensão de onde vêm os olhos do autor e sobre quais influências se materializa este texto. Finalizo com a narrativa de um caso emblemático na Equipe de Consultório na Rua e exponho os desdobramentos, possibilidades e críticas a serem construídas ao longo deste caso.

1.0 A QUESTÃO DAS DROGAS EM NOSSA SOCIEDADE

De acordo com as historiografias sobre o consumo de substâncias naturais que alteram as funções e percepções do corpo humano, sempre existiu - ao longo da história da sociedade - e possivelmente sempre existirão relações das diversas sociedades com substâncias que alteram os estados de consciência humana. A forma como as pessoas fazem uso destas substâncias são as mais diversas, desde consumos recreativos, a rituais religiosos ou funções medicinais.

A relação da nossa sociedade com as drogas tem se tornado mais intrínseca, em especial a partir do século XIX, onde o avanço da indústria farmacêutica - seguindo a tendência das inovações da "segunda revolução tecnológica", referente à fase monopólica do capitalismo - produziu uma extração de alcaloides¹ dos quais irão se derivar um "cardápio" de drogas como nunca antes observado, como aponta LIMA:

"De forma particular, entendo que a química, ao sintetizar os alcaloides, oferecendo drogas mais potentes em seus efeitos psicoativos e psicotrópicos ao indivíduo, propiciou acessar áreas da experiência humana desabitadas e desconhecidas até então. No entanto, quando esses novos territórios passaram a ser transitados e, passo-a-passo, descortinados, parecem ter se tornado objetos de cobiça humana irreflexiva e imediata. A química parece ter oferecido, então, uma ferramenta que abriu, do ponto de vista simbólico, uma caixa de pandora, com a qual, teremos de conviver" (LIMA, 2009, p.50)

Para iniciarmos deve-se estabelecer a etimologia da palavra droga e seus simbolismos ao longo da história da sociedade, principalmente no tocante aos últimos dois séculos. Drogas, em geral, são quaisquer substâncias psicoativas que alterem a percepção humana quando consumidas. A etimologia da palavra segundo Alarcon (2012, p1) é controversa e pode ter sua origem no termo "*droogs*", palavra utilizada pelos holandeses para se referir as *especiarias* comercializadas no período de acumulação primitiva do

¹ Grupo de compostos químicos que compreendem princípios ativos utilizados na produção de fármacos, são exemplos: nicotina, morfina, pilocarpina e cocaína.

capital, comumente conhecido como capitalismo mercantil nos séculos XV e XVI - tais como café, pimenta, tabaco, chocolate entre outras especiarias comercializadas na época. A diferenciação entre drogas e alimentos foi elaborada ao longo dos últimos dois séculos tendo em vista interesses geopolíticos e econômicos, onde cada vez mais o termo "droga" toma uma conotação negativa perante uma posição moral, assim como é formada a construção moral de sua antítese os "medicamentos", apoiado em estruturas jurídicas e médicas de uma sociedade cada vez mais judicializada e medicalocentrica.

Para uma abordagem cautelosa, desprovida de juízos de valores e morais ao se dissertar sobre as "drogas", acredito necessário recuperar uma importante noção sobre o caráter ambivalente destas substâncias como *Pharmacon*, termo grego para substância que funciona simultaneamente como remédio e veneno como aponta REIS:

*“Em grego (o pharmacon), remete-nos tanto às poções benéficas das antiguidades greco-romana, como por exemplo, a poção que Hermes ofereceu a Ulisses como antídoto contra um veneno, na Odisseia de Homero, como também pode designar a cicuta, o veneno que Sócrates deveria tomar (Saux, 1999). Logo, sendo remédio e, ao mesmo tempo veneno, o **pharmacon** não é ora um, ora outro, mas sim, os dois ao mesmo tempo”* (REIS, 2007, p. 30)

Esta "perspectiva grega" das drogas entendidas como *remédio e veneno/prazer e sofrimento* simultaneamente - a partir do século XIX - perdeu seu significado assumindo posições rígidas, onde o consumo de drogas prescritas por médicos ou o uso recreativo de drogas estabelecidas como lícitas é considerado seguro dentro da dimensão do *remédio/prazer*, contra partida em relação ao uso de substâncias controladas e não prescritas, portanto ilícitas; "seu consumidor estará deslocado para o território do *veneno/sofrimento*, dos objetos tomados pela segurança pública" (LIMA, 2009, p.41).

A questão das drogas se tornou do interesse de segurança transnacional a partir do século XX, sendo tratado inicialmente como objeto de intervenção das políticas públicas de segurança, é estabelecido um estatuto médico-jurídico que legitimará ações no sentido de controle e repressão do consumo e produção de diversas drogas. Como exemplo, a Convenção Única de 1961, criada pela Organização das Nações Unidas estabelece a enumeração de

dezoito condutas criminalizadoras; cultivo e a produção, fabricação, extração, preparo, posse, oferta em geral, oferta de venda, distribuição, compra, venda, entrega de qualquer espécie, corretagem, expedição, expedição em trânsito, transporte, importação e exportação de entorpecentes.

Tais condutas formam um cerco a qualquer ação na qual esteja relacionada a alguma das drogas taxadas ilícitas, tornando potencial criminoso qualquer sujeito que possa ter contato com estas substâncias, dando legitimidade a ações policiais no cerceamento de liberdades individuais. Sobre este processo de criminalização Nilo Batista ² satiriza ao ser entrevistado:

“É fantástico! Por que a droga permite uma intervenção, se aqui tiver droga neste momento, a polícia pode entrar por aquela porta, quebrar, chegar aqui e nos revistar e a droga legitima tudo”. (Cortina de fumaça, 2011)

1.1 Drogas e suas formas de tratamento: do encarceramento do "marginal" ao cuidado em saúde do ser humano

Para tentarmos entender as drogas, em toda sua construção socio-histórica, como bem aponta QUEIROZ (2007), é necessário abordar os dois modelos que vem sendo seguidos no tocante a produção de políticas de atenção para álcool e outras drogas a partir do século XX; o *modelo jurídico-moral* e o *modelo médico ou da doença*.

O modelo jurídico-moral é expresso substancialmente na política de controle das drogas, na qual se entende o consumo de drogas como crime passível de punições severas (com penas equiparáveis à maiores que as de homicídio ou latrocínio). Além de atribuir uma carga moralmente pejorativa ao uso de drogas ilícitas, distinguindo assim o consumo de drogas lícitas de ilícitas e atribuindo aos consumidores de drogas ilícitas um estereótipo "marginalizado", "imoral", de pessoas "imprevisíveis e não confiáveis".

Ainda segundo QUEIROZ (2007) "o controle do uso de drogas é baseado na redução de oferta", ou seja, se manifesta na destruição de carregamentos e

² Professor Titular Direito Penal – UFRJ e UERJ

plantações das mercadorias taxadas de ilícitas, acreditando que através da repressão da oferta se reduzirá a demanda.

A estratégia de “guerra às drogas” foi adotada pelos Estados Unidos durante o governo de Richard Nixon e exportada como política mundial pela UNODC nos últimos quarenta anos, onde só então recentemente este órgão internacional se pronunciou no sentido da possibilidade de adotar outro tipo de política sobre a questão das drogas tais como o modelo de prevenção ao uso indevido de drogas e o modelo de redução de danos (que não se excluem), no entanto mantêm em conduta os documentos no qual fundamenta sua origem, tais documentos são: *A convenção única sobre entorpecentes* (1961), *A convenção sobre Substâncias Psicotrópicas* (1971) e a *Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicoativas*(1988). Tais documentos não só fundamentam este órgão internacional com objetivo de combater as drogas e crimes, mas também são norteadores da criação das políticas nacionais de combate e controle das drogas em diversos países, no qual o Brasil não se exclui.

Para trazermos uma breve historicização da questão das drogas no Brasil, devemos retomar as prescrições legais tidas desde as Ordenações das Filipinas³, onde esta registrado o primeiro item ao uso e posse de determinadas substâncias tidas como venenos, tal documento é o que se pode chamar de primeira legislação referente a drogas vigorada no Brasil. Póstumo as Ordenações das Filipinas há uma lei outorgada pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro em 04 de outubro de 1830 com objetivo de regulamentar o comércio de algumas substâncias, dentre as quais se proibia a venda e o uso de “pito de pango”⁴. É importante salientar que esta lei possui um caráter xenofóbico claro uma vez que esta substância era predominantemente consumida por escravos trazidos de diversas regiões do continente africano.

Falando sobre a cocaína, produto vendido legalmente em farmácias brasileiras para fins terapêuticos até o início do século XX, quando em 1920 se

³ Também conhecido como Código Filipino, é um documento jurídico que estabelecia as leis exercidas nas colônias Ibéricas.

⁴ “Pito” é um termo de origem africana para cachimbo e “Pango” seria a maconha. “Pito de pango” teria como tradução mais próxima “cachimbo para fumar maconha”, que por associação foi apelidado como a própria droga.

desencadeia um movimento global de combate a determinadas substâncias, objeto de uma moralização crescente, legislações no sentido de controlar estas substâncias foram sendo elaboradas não sobre o ethos iluminista da ciência, mas sim com justificativas relacionadas ao comportamento de determinados grupos étnicos, costumes e formas de produção de relações sociais que não corroboravam com os valores da modernidade centrada na filosofia do trabalho, sobre a égide do modelo capitalista de produção econômica e seu reatamento na reprodução da vida social assim como na esfera ideológica a qual se propunham este sistema econômico.

Trazendo ainda alguns marcos legais nos quais se fizeram valer no Brasil temos o artigo 159 do Código Penal dos Estados Unidos do Brasil de 11 de outubro 1890, que criminaliza “expor a venda, ou ministrar, substâncias venenosas sem legítima autorização”, sendo a palavra “venenosa” trocada pelo termo “entorpecente” na consolidação das leis penais de 1932, onde o texto adiciona a criminalização as seguintes ações “dar, trocar, ceder ou, de qualquer modo, proporcionar substâncias entorpecentes - demonstrando a maior rigidez dada a questão das drogas com o passar do tempo. Outros exemplos da severidade a qual é dada a questão das drogas na ampliação de ações e condutas relacionadas a estas substâncias vão estar no código Penal de 1940, no artigo 281 acrescenta-se “importar, exportar...transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar” como condutas criminais tratando-se de relações com entorpecentes. Outras alterações na legislação foram promulgadas até a lei que temos em vigência com a Lei nº 13.123/2016 de 20 de novembro de 2016, assinada pelo Presidente da República, que altera o artigo 281 do Código Penal, acrescentando as condutas de preparar e produzir substâncias entorpecentes, e de importar, exportar, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, distribuir, oferecer, vender, entregar, fornecer ou facilitar a obtenção, bem como a utilização de meios de transporte, de armazenamento ou de comunicação de dados para a prática de qualquer das condutas previstas no artigo 281 do Código Penal, e dá outras providências.

“Pelo Decreto-Lei n.º 4.720, de setembro de 1942, foram introduzidas normas gerais para cultivo de plantas entorpecentes e para extração e purificação de seus princípios ativos. Em novembro de 1964, a Lei n.º 4.451 introduziu ao tipo a ação de plantar qualquer substância entorpecente. Foi editado em 1967 o Decreto-Lei n.º 159 que equiparou as substâncias que causam dependência física ou psíquica aos entorpecentes para fins penais e de fiscalização e controle. No ano de 1968, o Decreto n.º 385 acrescentou ao texto do artigo 281 do Código Penal as ações de preparar e produzir. Fez modificações também quanto ao critério de aplicação da pena pecuniária, que passou a ser fixada tendo como valor referencial o salário mínimo vigente no país. A Lei n.º 5.726, de outubro de 1971, deu nova redação ao artigo 281 do Código Penal ao dispor sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias psicotrópicas e alterou o rito processual para o julgamento destes delitos...Substituindo a Lei n.º 5.726/71 entrou em vigor em 21 de outubro de 1976 a Lei n.º 6.368, exceto seu artigo 22 que regulamenta o

procedimento sumário de expulsão do 6 estrangeiro que comete crime de tráfico de entorpecentes. A lei separava em diferentes artigos as condutas de tráfico e de posse para uso próprio. A Lei 10.409, de janeiro de 2002 surgiu para revogar totalmente da Lei n.º 6.368/76, porém por falta de técnica legislativa o Poder Executivo vetou o Capítulo III, que tratava especificamente dos "Crimes e das Penas", e o artigo 59, que dispunha sobre a revogação da Lei anterior. A parte processual da Lei n.º 10.409/02 passou a ser aplicada. Diante deste contexto em que parte era aplicada pela Lei n.º 6.368/76 e parte pela Lei n.º 10.409/02 houve a promulgação da Lei 11.34/06 revogando as duas vigentes." (DIAZ e ALVEZ, 2014, p5-6.)

No sentido de expressar as violações de direitos individuais, e em alguns casos constitucionais, que se originam sobre o norte dos documentos internacionais citados e os marcos legais em que se orientaram a legislação brasileira em sua constituição temos o Decreto 5.144 de julho de 2004, dos incisos 1º, 2º e 3º dos artigos 303 da Lei 7.565, de 19 de dezembro de 1986 que dispões sobre o Código Brasileiro de Aeronáutica. No referido Decreto é previsto o abatimento de aeronaves "suspeitas" de tráfico de drogas tipificadas ilícitas, o que na prática se traduz em uma verdadeira pena de morte aos passageiros da aeronave pela simples existência de uma substância ilícita, colocando a vida destes sujeitos em um patamar abaixo dos interesses da "guerra as drogas".

Em relação a esta manipulação e aberrações do sistema penal do modelo Jurídico moral, a Juíza aposentada Maria Lucia Karam, em texto sobre "Drogas: Legislação brasileira e violação de direitos fundamentais", publicada para a LEAP, afirma que:

"Uma enganosa publicidade apresenta o sistema penal como um instrumento voltado para a proteção dos indivíduos, para a evitação de condutas negativas e ameaçadoras, para o fornecimento de segurança. Esse discurso encobre a realidade de que a intervenção do sistema penal é mera manifestação de poder, servindo tão somente como instrumento de que se valem os mais diversos tipos de Estado para obter uma disciplina ou um controle social que resultem funcionais para a manutenção e reprodução da organização e do equilíbrio global das formações sociais historicamente determinadas nas quais surgem." (KARAM, 2013, p.8).

O segundo modelo aqui abordado, o modelo de médico/doença (QUEIROZ, 2007), que entende o usuário de drogas como portador de uma "patologia" e que, portanto precisa ser "curado" - aposta na abstinência do usuário como única forma

de tratamento, ou seja, só é possível uma melhora de sua "enfermidade" no abandono do uso da substância, a qual o usuário é "dependente". Este modelo amplamente conhecido vem sendo utilizado como forma de tratamento da questão do uso abusivo de drogas no último século, onde cabe lembrar, é uma questão recente em nossa sociedade.

Estas formas de tratamento - médico e jurídico - têm relações diretas com discriminações étnicas, criminalização da pobreza e cerceamento de direitos civis básicos como bem salienta KARAM (2013) e o Desembargador Siro Darlan ⁵. São perspectivas que contribuem para a produção de estereótipos, que descentralizam o usuário da droga, dando foco a "doença"/demanda ou na distribuição/oferta. Produzem portanto uma desarticulação e impotência no usuário, que não vislumbra a possibilidade da redução dos riscos do consumo da droga, uma vez que danos estão associados ao consumo direto da mesma, ou seja, com foco no extermínio da substância se esquece outros fatores danosos no consumo de drogas, de ordem ambiental ou de forma de consumo por exemplo.

É de consenso da maior parte dos profissionais de saúde mental da área de álcool e outras drogas no Brasil atualmente a dificuldade no acompanhamento do usuário, tal como o constante abandono do tratamento principalmente após cenários de retorno ao uso da droga após período de abstinência. Tendo em vista a ineficácia do modelo centrado na abstinência e no combate a substância, surge em oposição a este, o modelo da redução de danos. Quebrando o paradigma medicalocêntrico vigente até então, a "redução de danos" é uma proposta de cuidado em saúde para usuários de drogas onde se é descartado a "droga" do foco do cuidado para ser pensando outras condições do usuário, primando a integralidade e a intersetorialidade desse cuidado. Este modelo aposta na formação de vínculos de cuidado e promoção de conhecimentos em saúde para os usuários de drogas visa portanto reduzir os danos causados pelo uso indevido de

⁵ Sobre o Desembargador Siro Darlan é interessante a leitura de um artigo publicado pelo jornal "O Globo" em 2008, intitulado "Meu nome não é tuchinha" onde faz uma comparação de histórias citando o filme nacional "Meu nome não é Jonny" de Mariza Leão, estreado neste mesmo ano. Francisco Paulo Testa Monteiro, conhecido como compositor de samba Tuchinha exercia no morro da Mangueira a mesma atividade de João estrela (o Jonny do filme) e foi condenado a 43 anos de prisão, diferente de João estrela que em dois anos quitou sua dívida com a justiça.

drogas lícitas e ilícitas. Para além da distinção de abordagem quanto à droga neste modelo, leva-se em consideração também às peculiaridades do usuário: a intensidade no consumo, suas condições sociais e de saúde, tal como sua história de vida.

O modelo de redução de danos é um cuidado que será estabelecido durante a trajetória de vida do usuário, portanto no território que ele habita, sem pensar diretamente o consumo de drogas do mesmo, não que este modelo não vá ter algum efeito na forma de consumo, esta estratégia se organiza de forma singular com os usuários, buscando as possibilidades para ofertar o consumo da substância causando o mínimo de danos possível por meio da distribuição de insumos como seringas e água destilada no caso da heroína ou em oficinas de criação de cachimbos com matérias menos tóxicos possíveis no caso do crack, sendo estas ações mais concretas no que tange a ação de redução de danos na prática, porém sendo também uma dentre outras questões que se pensará sobre o cuidado do usuário onde também temos a se pensar o local de consumo, habitação, alimentação, hidratação e a saúde física e mental deste usuário.

A escuta de um redutor de danos, para além de qualificada, também deve ser direcionada, de forma que o próprio usuário quando em uma condição de "uso abusivo de drogas", tome consciência da forma nociva de como ele consome a droga, assim comenta Conte, (2004);

"A Redução de Danos pode ser entendida como uma prática que visa possibilitar o direito de escolha e a responsabilidade da pessoa diante de sua vida, flexibilizar os métodos para vislumbrar a universalidade da população envolvida com drogas com a qual a gestão pública esta comprometida...Escolhe-se priorizar vínculos, trabalhando por minimizar os efeitos danosos do uso de drogas, ao invés de simplesmente ignorá-los ou condená-los" (CONTE et al, 2004, p. 62)

Por vezes há o equívoco em associar o modelo de redução de danos a apologia ao consumo de drogas, já que não prioriza o fim do consumo da droga que o usuário faz uso no primeiro momento, porém esta motivação de enaltecimento ao consumo não está inserida neste modelo. Quando se pensa em redução de danos é sobre o prisma que não há uma forma absoluta de tratamento para usuários com problemas pelo uso abusivo de drogas, que sobre o modelo médico-doença seria a abstinência, não que a abstinência não

seja funcional enquanto possibilidade de tratamento, porém não se pode ser pragmático a ponto de acreditar que esta é a única forma de se estabelecer algum tipo de cuidado destes usuários.

É necessário, portanto pensar outras possibilidades para se estabelecer uma rede de cuidado do usuário de base territorial – a exemplo do CAPS AD, adotado como política pública voltada para esta população atualmente, porém que não é capaz (nem tem a pretensão de ser) de abarcar todas as demandas destes usuários no que tange saúde, educação, assistência, habitação, trabalho - para que este usuário possa enfrentar e resignificar sua forma de consumo da droga no lugar onde habita. Para introduzir um exemplo, levar um usuário por um longo período para longe do território que habita consumindo drogas não produz uma reflexão sobre o consumo desta substância e sua relação com o território de existência deste usuário no seu cotidiano, de forma que ao retornar para este território a droga continua lá e é neste momento que se encontra o grande desafio do usuário abusivo em reproduzir sua vida social neste território onde a droga continua a ser ofertada, pois não há lugar livre das drogas, não há e nunca houve uma sociedade sem drogas, portanto o caminho é aprender a viver com elas, não oculta-las ou esconder o usuário delas como já mencionavam os irmãos Grimm em 1812 no conto da “Bela adormecida” que passa sua vida escondida do contato com o fuso da roca.

Assim, o interesse da abstinência deve surgir do próprio usuário, tal como da redução do consumo ou de qualquer mudança da forma de relacionar com a droga, cabendo ao operador do modelo de redução de danos, o apoio desta escolha e o foco nos cuidados de saúde em geral deste usuário.

1.2 O crack, a rua e seus desafios: Os "anormais" e os humanos normais

“Fatores simples como bebida e drogas poucas vezes contam a história toda. Na verdade, como sabemos pela experiência com o álcool, o hábito de beber, em si mesmo, não é um problema para a maioria das pessoas. O mesmo se aplica às drogas ilegais, inclusive as que aprendemos a temer, como o crack e heroína.”

Carl Hart

O crack é uma derivação da cocaína produzida através de reações químicas com substâncias de pH alcalino, que passa por um processo de volatilização para que possa ser fumada. Seus efeitos estimulantes são mais rápidos e intensos, "seu nome vem da palavra inglesa *crack*, para o barulho dos “estalos” que provoca ao ser fumada" (CARNEIRO, 2005, P.156) essa e outras substâncias surgem como uma alternativa a cocaína em pó devido a uma política de controle de precursores⁶ nos Estados Unidos a partir dos anos 60 e depois importada para o Brasil na década de 80. Como atenta o psiquiatra Aluísio Antônio Andrade de Freitas;

“São os paradoxos: às vezes a gente aperta pensando que vai melhorar e a coisa pula para pior. Entre a cocaína e o crack, sem dúvida, o menos mal é a cocaína. Mas como dificultamos o acesso aos precursores, a gente acabou trazendo essa substância mais espúria. Usa-se a cal virgem no lugar do bicarbonato e, no lugar da acetona e do éter, usa-se a gasolina, querosene ou substância que o valha. É o pior” (FREITAS, 2011)

A política de controle de precursores ocorrida pioneiramente nos EUA fez com que o crack se disseminasse como alternativa a cocaína em pó na década de 80, tendo como principal público consumidor a população de bairros extremamente pauperizados nas grandes cidades dos EUA, como New York, Los Angeles e Miami. No Brasil a primeira apreensão da droga consta de 1989, porém acredita-se que já circulava como alternativa a produção de cocaína

⁶ Composto que participa na reação química para produzir outro composto. A exemplo, a cocaína em sua receita mais puras utiliza-se de éter e acetona para a fabricação, outra forma pensada pelos fabricantes diante da política de controle de precursores é substituir estes compostos puros por gasolina, cal virgem e solução de bateria.

desde o começo da década de 80 em cidades como o Rio de Janeiro e São Paulo.

Ainda há poucos estudos sobre o perfil dos usuários desta substância, tal como as dinâmicas sociais que permeiam o “território psicotrópico” em que circulam, assim como há muitos mitos que permeiam esta população que carecem de confirmações verídicas. Cabe enfatizar que o “*território psicotrópico*” (FERNANDES, 2014) onde populações usuárias de crack habitam, para além de uma cena de uso de drogas, possui uma dinâmica social própria, uma vez que neste espaço há também relação de trabalho (predominantemente informal ou ilegal como garimpo de sucatas, catadores de lata, prostituição, tráfico de drogas e troca de favores), assim como relações familiares, de laços sociais e afetos que são construídos entre eles, uma vez que fora deste espaço são entendidos como marginais, insociáveis, instintivo, verdadeiros animais passivos de desprezo pelos olhos de julgamento da sociedade normativa, individualista e culpabilizadora que não entendem ou não acreditam em outra forma de se reproduzir socialmente que não a da ordem monopolista do capital.

Território Psicotrópico não é uma noção que se lance ao acaso, mas como descrito acima, tem presunção de abarcar a complexa produção de vida e relações sociais que se constroem os locais vistos somente como pontos de venda de drogas, sobre esta categorização diz Fernandes:

"Propusemos então o conceito de território psicotrópico para dar conta dos espaços que serviam de base às actividades diárias da compra, venda e consumo de substâncias psicoactivas ilegais. Definimo-los como atractores de indivíduos que têm interesses em torno das drogas, com um programa comportamental orientado para os aspectos instrumentais ligados a um estilo de vida em que aquelas têm um papel importante. Configuram-se como territórios através do reconhecimento das funções que desempenham e dos comportamentos de defesa em relação a estranhos, por parte dos actores que os apropriam. Constituem o nível final da maquinaria de distribuição das drogas (Fernandes 1998, 2000 e 2002; Fernandes e Pinto 2004). A fixação destes territórios psicotrópicos em zonas que, ao nível das imagens da cidade, eram (e são ainda) consideradas "degradadas", "problemáticas", "excluídas",

converteu o fenómeno droga num ponto de convergência dos temas da "exclusão social" e da "insegurança pública".
FERNANDES (2014, p. 177)

Os usuários de substâncias psicoativas pesadas são conhecidos como populações de difícil acesso, uma vez que são descritas diversas barreiras para a comunicação com este público, para além, são poucas as pesquisas produzidas que relatem um perfil sobre o cotidiano desta população dificultando o apoio de referências para a produção de dados que expressem uma representação da perspectiva de totalidade dos *"territórios psicotrópicos"*.

Há de se ressaltar que a população que habita estes territórios tem cor, idade, sexo e classe social predominantes que tracejam seu perfil segundo alguns dados quantitativos a exemplo da pesquisa da FIOCRUZ (2014) utilizada na produção de indicadores sociais sobre usuários de crack no Brasil que apontam para;

- * Adultos de média de 18 a 34 anos representam 70% dos usuários
- * Predominância do sexo masculino de 78,7%
- * Computou-se que 80% se declarou "não-branca"
- * Somente 4,2% possuem vínculo de carteira de trabalho
- * 35% estão em situação de rua

Todavia, este perfil abarca somente um fragmento das características objetivas desta população, reforçando a carência de conteúdos sobre as condições subjetivas ao que se refere ao habitar, ou seja, da produção de vida dos *"territórios psicotrópicos"* (Tal carência não deve ser confundida com ausência, tendo em vista toda a produção acadêmica da qual este trabalho faz uso, mas sim no que se refere a produção acadêmica em grande escala dentro das plataformas de pesquisa científica a exemplo da SciELO). Em vista a este paradigma, faz se necessário produções como este trabalho, sobre metodologias participantes da qual o contato interpessoal com o objeto de estudo produzirá uma perspectiva diferenciada sobre o "morar na rua", o uso de

drogas, o usuário e seus estigmas, tal como, as possibilidades das políticas sociais para promoção de cuidado integral dos usuários de drogas em situação de rua.

2.0 JÁ É OU JÁ ERA: PRODUZINDO PORTAIS EM RUAS SEM SAÍDA

2.1 Atenção básica e consultório na rua: universalidades, equidade e integralidade levado ao extremo

Para introdução deste capítulo, se faz necessário um breve debate sobre a carga ideológica a qual carregam as terminologias “Atenção Básica” e “Atenção Primária”, testificando a opção ideológica pelo segundo. É bom atentar, que o termo Atenção Básica foi adotado pelo Brasil como sinônimo do modelo de Atenção Primária, no entanto como sobreleva Mendes;

No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, o que, para mim, reforça essa a concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo... Essa visão básica da APS faz com que ela possa ser feita de qualquer jeito: com pouco financiamento, com relações de trabalho extremamente precarizadas, com um arsenal de medicamentos muito estrito, com uma infraestrutura física completamente deteriorada, na ausência de sistemas eficazes de Educação Permanente e etc. (MENDES, 2005, p 02)

Sendo assim, promovo uma contextualização quanto ao sistema no qual se estabelecesse a Atenção Primária no Brasil, denominada nos documentos oficiais como Atenção Básica do SUS (Sistema Único de Saúde), denominação que irei adotar tão somente por este motivo.

O SUS é uma política de Estado promulgada pela Constituição Federal de 1988 onde se considera Saúde “Direito de Cidadania e um Dever do Estado”. A Saúde, portanto foi estabelecida enquanto direito conquistado e reivindicado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e por diversas lutas sociais para a ampliação do acesso a saúde nas conferências anteriores, nas lutas sindicais e em outros movimentos sociais que pressionaram para ampliação dos serviços de saúde.

Sucederam-se a Constituição, diversos debates no sentido de dialogar sobre quais as melhores formas de se estabelecer um cuidado de saúde a toda a população nacional sobre os princípios fundamentais da universalidade, equidade e integralidade do cuidado, quando que por meio de um consenso se estabelece em 1999 pelo Ministério da Saúde a Atenção Básica como uma

estratégia estruturante dos Municípios. Porém somente em 2011 foi elaborado pelo Ministério da Saúde um documento que orientasse um conjunto de leis desconexas criadas desde a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (que cria e regulamenta o SUS) a fim de organizar de forma nacional as orientações sobre promoção, proteção e recuperação da saúde na rede de Atenção Básica, este documento viria a ser a portaria nº 2.488, de 21 de abril de 2011.

Nesta portaria é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, tal como a criação e revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários. Importante salientar que esta portaria representa um grande avanço no que se refere à proposta de garantia de acesso a qual o SUS se desafia por meio do princípio da universalidade, esta avanço se manifesta no documento na criação de “equipes de atenção básica para populações específicas” onde surgem as “equipes de consultório na rua” destinada ao atendimento das populações em situação de rua nos centros urbanos e as “Unidades Básicas de Saúde Fluviais” (UBSF) sendo equipes de saúde da família para o atendimento a população ribeirinha da Amazonia Legal e do Pantanal Sul Mato-Grossense.

Estas equipes representam um avanço quanto ao reconhecimento da necessidade de cuidados específicos e da elaboração de estratégias diferenciadas para garantir o acesso à saúde das populações, mas distantes dos recursos públicos seja geograficamente seja por meio da negação de sua cidadania por não possuir domicílio ou documentação exigida para o atendimento⁷.

As equipes de Consultório na Rua foram estabelecidas por meio da portaria Nº122, de 25 de Janeiro de 2011, surge após experiências bem sucedidas na década de 90 do projeto de equipes de “Consultório de Rua”,

⁷ Quanto a esta questão a portaria Nº 940 de 28 de abril de 2011 vem a solucionar ao regulamentar o sistema de cartão nacional do SUS, que vem a substituir a necessidade de documentos como RG ou CPF para realizar algum tipo de procedimento ou tratamento da rede pública de saúde, este documento é emitido mediante ao mínimo; nome completo, data de nascimento e nome do pai ou da mãe do usuário. Podendo ainda ser preenchido com outros documentos quando o usuário porta-los

recurso da saúde mental para populações em situação de rua implementado em vários Estados⁸.

O consultório na Rua tem como objetivo ampliar o acesso à saúde as populações em situação de rua, sendo composta por uma equipe de saúde multiprofissional visando articular a prestação integral à saúde destas populações. Esta articulação se dá por meio do atendimento direto a demandas espontâneas ou programadas no território, em unidades moveis ou em clinicas conforme as necessidade e características da reprodução social da vida de cada usuário. Sendo assim as equipes agem de forma itinerante e articulada com as Equipes de Atenção Básica do território, as equipes de NASF e o Centro de Atenção PsicoSocial. Neste contato é estabelecido o matriciamento destas equipes para elaborar estratégias de cuidado, promoção de saúde e tratamento para as populações em situação de rua dos territórios em que abrangem. De fato, pode se dizer que o trabalho do consultório na rua visa à extinção dos Consultórios na Rua, sendo as demandas desta população absorvidas pelas equipes das UBS como qualquer outro cidadão, sem discriminação ou qualquer tipo de barreira de acesso. Pode se dizer neste sentido de que a um mito que permeia as equipes de consultório na rua, enquanto portadores de um saber diferenciado e resolutivo para as demandas desta população apelidados então de “anjos da rua” criando uma face filantrópica, vocacional e martirizante dos profissionais que compõe estas equipes, quando na verdade há um esforço de uma parcela dos profissionais das Equipes de Consultorio na Rua em demonstrar que o processo de trabalho, os fluxos e articulações elaborados por esta equipe são possíveis e necessários no proceder de qualquer profissional de saúde quando capacitado e gozando de condições estruturais para executar o trabalho.

Em manifestações da questão social como a população em situação de rua e os usuários de drogas vemos um duplo movimento das ações dos representantes do Estado que nos revela o caráter dicotômico e não planejado, digo isto posto que se de um lado crescem ações higienistas de recolhimento

⁸ Projeto que tem origem no CETAD, uma extensão da faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sobre a orientação do Prof^o Antônio Nery Filho para o atendimento a crianças em situação de rua e usuários de drogas. O projeto veio a se estender como modelo tornando-se política publica destinada a alguns municípios sobre a coordenação dos CAPS-AD.

compulsório para instalações insalubres no município do Rio de Janeiro (quando não simplesmente lançados a bairros mais periféricos), por outro lado vemos uma ampliação paulatina de equipamentos como o consultório na rua ou “proximidades”⁹ que se apresentam na perspectiva humanizada de atendimento pautados em assegurar o acesso aos direitos civis, políticos e sociais desta população.

⁹ Programa da Secretaria de Desenvolvimento Social do Município do Rio de Janeiro voltado para população em situação de rua usuária de drogas.

2.2 De onde vêm os olhos do autor e a Metodologia da condição traçadora

Não é de desconhecimento de qualquer estudo que se atenha as ciências humanas que não é possível uma imparcialidade na escrita, mas há um esforço incondicional para que o autor não seja afetado pelo objeto de forma a comprometer e tendenciar sua escrita, para tanto no intuito de apresentar o espírito do qual se vale esta monografia faz se necessário falar da trajetória acadêmica que leva ao objeto deste trabalho.

Durante a graduação tive a oportunidade de estagiar em dois CAPS AD da cidade do Rio de Janeiro, CAPS AD II Raul Seixas, no período de março de 2014 a maio de 2014 e no CAPS AD III Miriam Makeba no Período de Junho de 2014 até a presente data. Entre as atividades realizadas em campo de estágio se incluem: acolhimento dos usuários, participação nos atendimentos individuais e elaboração de projetos terapêuticos singulares, escutas qualificadas nos espaços de convivência, auxiliar na produção de ressignificação pessoal e social em oficinas, atividades externas e eventos produzidos com os próprios usuários. Também foi possível vivenciar e participar do manejo de situações limites de crise de ordem psíquica dos usuários devido a fatores como: a intoxicação gerada pelo uso abusivo e compulsivo de uma ou múltiplas drogas, desorganizações advindas de uma condição de doença mental pré-existente ou mesmo relacionadas à exaustão das violências físicas e psicológicas.

Em relação às experiências de extensão universitária, no início da graduação participei entre junho de 2011 a agosto de 2013 do PET Conexão de Saberes Biomedicina UFRJ. Este projeto tinha como objetivo realizar trabalho de prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas por meio de um projeto de educação com crianças e adolescentes nas escolas localizadas no Campus da UFRJ e comunidades do Complexo da Maré. Nele tive a oportunidade de auxiliar na elaboração de oficinas lúdicas que abordaram as manifestações da questão social que permeiam a problemática das drogas e os danos e agravos a saúde relacionados ao uso abusivo de substâncias como álcool, crack e cocaína.

No período de setembro de 2013 a Abril de 2015, participei do PET-Saúde Mental (IPUB) onde pude conhecer o processo de trabalho de duas instituições, tendo ainda a possibilidade de prosseguir realizando o estágio obrigatório em uma delas (o CAPS AD III Miriam Makeba). Neste programa, inicialmente fui lotado na Equipe de Consultório na Rua da AP 3.2 sediado na comunidade do Jacarezinho onde atuei como estudante de extensão por um ano. Junto a eCR, tive meu primeiro contato com a ESF podendo melhor compreender a estrutura de hierarquização e territorialidade em que esta fundamentado o processo de trabalho do SUS. Pude ter ainda, contato direto com diversas populações em situação de rua, usuários de crack, profissionais do sexo, famílias de diversas composições dentre outros. Com eCR somei ao meu aprendizado experiência na abordagem a população em situação de rua, que mais do técnicas, diz respeito a um olhar humanizado e respeito a forma com este sujeito se reproduz socialmente – não obstante a critica social sobre o contexto macro politico, sócio-histórico e econômico da ideologia neoliberal capitalista da qual este sujeito não esta ausente, mas é sim produto deste em suas saúde precária, na falta de assistência e sem a possibilidade de ofertas concretas de outras formas de viver que não a rua como casa - aprendendo como realizar o cuidado "in loco" de acordo com as demandas e possibilidades pactuadas com os usuários além de conhecimentos básicos sobre epidemiologia no que se trata do controle e tratamento de doenças como Tuberculose, Hanseníase, Hepatites virais tal como das DST's em geral. Acompanhei ainda o matriciamento e compartilhamento de casos com abrigos, CAPS de todos os tipos, usuários em leitos hospitalares e outros pontos de atenção da rede intersectorial.

No tocante a produção no campo de pesquisa, participei da pesquisa "Atenção Integrada e Comunitária aos Usuários de Crack e outras Drogas no Rio de Janeiro" no período de março de 2014 a fevereiro de 2015.

As experiências universitárias no campo da saúde dentro do SUS possibilitaram a minha contratação como Agente Social de Saúde no Consultório na Rua da CAP 3.3 sediado em Acari. Neste trabalho pude colocar em prática, dentro dos marcos que orientam a atuação desta categoria profissional, os conhecimentos acumulados ao longo da trajetória universitária, além de novos conhecimentos agregados devido as condições peculiares do

território. Deve ser ressaltado que a responsabilidade como profissional em atuação propicia uma diferente imersão sobre as realidades e contradições do processo de trabalho dentro do SUS, que podem passar despercebidas por um aluno de graduação, ainda mais tratando-se de outra categoria profissional, que não de assistente social, a qual mostra-se inserida de forma diferente na divisão sociotécnica do trabalho.

Sobre esta realidade me empenhei na construção de um Trabalho de conclusão de curso que espelhasse as relações sociais, os fluxos de trabalho e as articulações das políticas públicas através da metodologia de *condução traçadora* sob o prisma de uma pesquisa participante. Como método, *condução traçadora* foi sugerida por KESSNER (1973) para pesquisa e avaliação no campo da saúde. Consiste na focalização de um objeto (categoria profissional, usuário, serviço, dentre outros), para análise de seu funcionamento rotineiro, das tecnologias e recursos utilizados apresentando as possibilidades de acessos e barreiras construídas dentro deste serviço. É um indicador da qualidade geral do cuidado em saúde e do sistema que produz este cuidado. Tal metodologia se mostrou a mais viável no sentido de apresentar as nuances do trabalho da Equipe de Consultório na Rua, dos fluxos, pactos e estratégias elaboradas pela equipe, com objetivo da garantia de acesso e da integralidade do cuidado, entendendo o usuário como sujeito de direitos, como indivíduo construtor de suas próprias relações sociais e maior interessado na condução dos seus cuidados em saúde.

Neste sentido, a narrativa a seguir apresentada é resultado do empenho da Equipe de Consultório na Rua no caso de um usuário em situação de rua, com histórico de uso intensivo de cocaína e outras drogas, internado em leito de hospital geral, aguardando cirurgias para regulação de seu trato intestinal e urinário. Será relatado um fragmento da realidade do cotidiano do processo de trabalho da eCR, que sobre a metodologia de condução traçadora, auxiliará na compreensão das dimensões micro e macropolíticas da ação profissional desta equipe, dos desdobramentos e reverberações de seu trabalho tal como na reflexão por meio da avaliação do estudo deste caso.

2.3 Conhecendo M. e traçando estratégias de cuidado

“She don’t lie, she don’t lei, she don’t lie: Cocaine”

Eric Clapton

M. chega à equipe de consultório na rua por meio de um líder comunitário da região de Marechal Hermes – localizado na Zona Norte do Rio de Janeiro - em reunião com as lideranças comunitárias para apresentar a Equipe de Consultório na Rua que estava sendo inserida na rede de atenção básica a saúde no território. Cabe ressaltar que por mais que o bairro onde se encontrava M. fizesse parte do território de abrangência da CAP (Coordenação de Área de Planejamento) a qual o Consultório na Rua está vinculado, foi orientado que o mesmo só tomaria responsabilidade enquanto área de cobertura de metade do território desta CAP, onde o bairro Marechal Hermes não estaria inserido. Todavia, avaliando a gravidade do caso e a necessidade de uma rápida inserção de dispositivos de saúde e assistência para auxiliar, foi aberta uma “exceção” quanto a esta situação após solicitação da equipe a Coordenação.

Sobre esta “exceção” não se faz oculto o caráter celetista que se manifesta neste episódio, os poucos recursos entregues a uma equipe de consultório na rua dentro de um território onde já é sabido que este equipamento não supre as necessidades de saúde do público a qual se orienta, coloca as claras um movimento mundial onde as políticas públicas são cada vez mais focalizadas e paliativas.

Dentro do plano macro político – que seja da produção das políticas públicas nacionais sobre o receituário de organismos e empresas internacionais - o objetivo é a ocultação da pobreza extrema a exemplo dos programas de transferência de renda para que os tidos como miseráveis possam possuir algum poder de consumo, assim se inserindo na sociedade enquanto cidadão consumidor, segundo a ideologia neoliberal. Ao não consumidor, ou necessitado de complementação para satisfação das mínimas necessidades de sua reprodução social é destinado o assistencialismo, donde são criados programas de inclusão aos moldes das equipes de consultório na rua, focalizados em maquiagem as mazelas criadas pela progressiva precarização

das relações de trabalho, desemprego e pauperização absoluta geradas pelo modo de produção capitalista.

Neste contexto, fica a cargo dos profissionais executantes das políticas sociais produzir transformações societárias com o estojó de maquiagem dado pelo Estado.

O conceito de território em que se baseiam as eCR, está ligado ao princípio organizativo de regionalização do qual se vale o SUS, além deste o SUS também é orientado pelos princípios da descentralização e da hierarquização no que tange as estratégias de cuidado de seus usuários.

A regionalização diz respeito à forma de organização das unidades de saúde, consiste por tanto na delimitação de uma base territorial específica para organização das ações de saúde considerando os espaços político-administrativos no qual se reproduz este território promovendo a adscrição de uma parcela da população em cada unidade de acordo com seu território, possibilitando a esta população acessar a atenção básica como porta de entrada dos serviços de saúde (CECILIO, 1997).

A descentralização esta relacionada à gestão do sistema incide na transferência de poder decisório sobre a política de saúde do nível federal (Ministério da Saúde) para os estados (Secretaria Estadual) e municípios (Secretaria Municipal), esta transferência implica na transferência de recursos financeiros, humanos e materiais para as respectivas instâncias governamentais acima. Possibilita a estas instâncias uma melhor alocação dos recursos, uma vez que estão mais próximas da realidade das ações de saúde a qual ordenam a execução respeitando os interesses dos usuários dentro de suas esferas culturais e dos interesses coletivos de cada região orientados pelas políticas nacionais que norteiam as ações de promoção a saúde.

A hierarquização dos serviços coloca-se na organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços primando à conexão das unidades mais simples para as mais complexas por meio de um sistema de referencia e contra-referencia dos usuários, este sistema pode ser representado por uma pirâmide onde a atenção básica representa a base desta pirâmide enquanto porta de entrada primordial do SUS e as outras camadas que representam os serviços de media e alta complexidade do SUS vão se afinando conforme o grau de complexidade. Nas palavras de Cecílio:

“A hierarquização dos serviços seria a principal estratégia para a racionalização no uso dos poucos recursos existentes no setor saúde. Representaria a utilização do recurso tecnológico certo, no espaço certo, de acordo com necessidades bem estabelecidas dos usuários. A hierarquização garantiria o acesso, para o paciente que entrou pela “porta de entrada”, a todas as possibilidades tecnológicas que o sistema de saúde dispusesse para enfrentar a dor, a doença e o risco da morte. A pirâmide, nessa medida, tem o valor quase de um símbolo da luta em defesa da vida.” (CECILIO, 1997, p. 471)

Em relação ao princípio da Hierarquização, há uma discussão de longa data fomentada por CECILIO (1997), na qual se questiona a concepção piramidal na qual se fundamenta o SUS, este debate centraliza-se na preposição de falsa percepção de justiça na qual se origina a Hierarquização, sendo:

“Muito mais um desejo dos técnicos e gerentes do sistema do que uma realidade com a qual a população possa contar... as pessoas, diante de suas necessidades, acabam acessando o sistema por onde é possível, contrariando qualquer delírio racionalista que os técnicos do setor saúde continuam a defender (Idem p. 472, 473).

A informação passada ao Consultório na Rua apresentava logo de início a complexidade em qual o cuidado deste usuário estaria envolvida. Quanto a suas questões de saúde, M. tinha trinta e nove anos e apresentava um emagrecimento preocupante e relatava um uso abusivo de cocaína durante seu dia a dia na rua. Possuía ainda um diagnóstico de HIV positivo do qual referia não se tratar desde 2013, dentro deste quadro, uma das questões mais agravantes seria uma bolsa de colostomia e uma sonda urinária pelos quais o usuário fazia suas necessidades fisiológicas cotidianamente. A Bolsa de colostomia e a sonda urinária foram colocados logo após o usuário ser atingido por um PAF, comprometendo parte de seu intestino e do canal urinário. Segundo o usuário, o PAF se deu por acidente em um baile funk na comunidade do cajueiro durante invasão policial no território.

Estando debilitado, com sérios agravamentos no seu quadro de saúde devido à situação de rua, o usuário foi encaminhado por uma liderança comunitária que contactou a equipe de consultório na rua após se sensibilizar com o estado em que M. se apresentava, já o tendo levado ao Hospital Estadual Getúlio Vargas devido aos agravamentos em saúde citados. Eu, enquanto Agente Social de Saúde junto a Assistente Social da equipe - fui

realizar uma visita institucional com intuito de compreender o caso do M. no HEGV. Chegando ao Hospital fomos ao departamento de Serviço Social solicitar informações, lá entramos em contato com a assistente social de plantão que nos passou um breve histórico do caso e apresentou a médica responsável pelo centro cirúrgico onde o usuário estava. A Dr. R, informou que M. já estava lá há três semanas e que ainda não havia sido possível realizar a cirurgia, pois havia a necessidade de ganhar peso e da estabilização da carga viral de HIV, trouxe ainda que o hospital não realizava o exame de CD 4 e nem poderia dispensar as medicações antirretrovirais para o controle do HIV - exceto em risco biológico de algum profissional - posto que o fluxo para a dispensação e acompanhamento do HIV/AIDS se daria por meio de uma unidade de atenção básica.

Para além, foi levantada a necessidade do encaminhamento para um abrigo, pois o processo de estabilização da carga viral a priori levaria cerca de três meses, não sendo possível para o hospital mantê-lo no leito do centro cirúrgico por este tempo, dentre os empecilhos foi levantada a possibilidade de M. estar sendo acometido por algum agente infeccioso oportunista presente no interior do hospital, sendo essa possibilidade maior quanto mais tempo o usuário ficasse no leito.

Nesse sentido, conversamos com usuário, junto a assistente social e a médica de plantão no Hospital onde nos comprometemos a buscar alguma instituição que pudesse abrigar M. até que estivesse em condições de se realizar a cirurgia. A médica nos informou que M. já estava de alta, só sendo necessário o retorno dele para o Hospital quando estivesse elegível para a cirurgia, no entanto comprometeu-se a mantê-lo no Hospital até que fosse articulado um lugar onde poderia ser acolhido durante este período. Foi estabelecido que visitaríamos M. na semana seguinte para darmos continuidade as possibilidade de desdobramentos deste caso.

Referente ao sistema de plantão dos Assistentes Sociais nos hospitais, acredito cabível uma reflexão quanto ao trabalho realizado no interior deste dispositivo de saúde; Há uma dificuldade de estabelecer uma rede de cuidado com amarras sólidas no acompanhamento dos pacientes em leitos hospitalares, creio que tal problema esteja presente na não continuidade do acompanhamento dos casos e ainda na evolução e tomada de decisões por

parte do setor de Serviço Social. Cada dia esta presente um plantonista diferente responsável por pegar a evolução de outro profissional e dar continuidade aos encaminhamentos elaborados pelo profissional anterior. Por vezes – e possivelmente pelo excesso de trabalho relativo à superlotação dos hospitais, a ausência do contingente profissional necessário dentre outras precarizações do espaço de trabalho provenientes do avanço neoliberal, o qual age no intuito de desmoralizar e substituir os serviços públicos do Estado por serviços elitistas privados - os Assistentes Sociais não conseguem se inteirar de forma integral sobre os pactos estabelecidos entre o hospital e outras instituições realizados anterior a seu plantão. Esta dificuldade tende a fragmentar e produzir ruídos quanto ao cuidado que está sendo construído entre as instituições de forma intersetorial e o usuário, situação que se apresentará como empasse neste caso mais a frente.

Uma discussão mais elaborada sobre o sistema de plantão enquanto pratica profissional dos Assistentes Sociais é problematizado por VASCONCELOS (2007), quando afirma que esta forma de organização do Serviço Social na saúde unido a postura profissional subalterna aos movimentos das unidades de saúde “Resultam numa recepção passiva das demandas explícitas dirigidas ao Serviço Social, o que determina a qualidade, quantidade, caráter, tipo e direção do trabalho realizado” (VASCONCELOS 2007, p.5).

A autora ainda questiona a estrutura rígida de que se vale o serviço social nestas instituições de saúde que se mantém há anos funcionando em locais precários no que tange tamanho, localização e instalação dentro dos hospitais, unidades básicas e de média complexidade, e ainda se valendo das mesmas técnicas e instrumentos no aguardo passivo da chegada das demandas trazidas por encaminhamentos internos, externos ou demandas espontâneas.

Já em relação ao caráter desconexo da prática profissional nos sistemas de plantão, VASCONCELOS (2007), faz a seguinte colocação:

“No Plantão, independente da unidade, o usuário é recebido, ouvido (procura-se esclarecer os motivos da procura ou do encaminhamento) e encaminhado para recursos externos e/ou recursos internos tendo como parâmetro o "bom" andamento da rotina institucional, os recursos disponíveis e as demandas explícitas dos usuários por orientações e inserção na rotina.”
(VASCONCELOS, 2007, p.6)

Já quando estes encaminhamentos delongam maior complexidade para solução das demandas apresentadas - principalmente quando há um esforço no sentido de buscar potencialidades de cuidado externo ao hospital – pode se levar dias até se estabelecer um fluxo com os recursos necessários para garantir a integralidade do cuidado deste usuário. Neste momento se expressa a maior fragilidade deste sistema de plantões aqui problematizado, posto que podemos objetivar a funcionalidade dos plantões na seguinte lógica: “O Plantão não se constitui assim, num serviço ou uma atividade pensada, planejada, organizada, reduzindo-se a ações isoladas desenvolvidas pelo assistente social para "resolver o(s) problema(s) do usuário" “(VASCONCELOS, 2007, p.7) onde cabe acrescentar que esta característica isolada se dá uma vez que há uma constante troca dos profissionais no plantão e os instrumentos de repasse de informações como a ata, evolução ou o livro de ocorrências não dão conta das complexidades e dos pactos estabelecidos na unidade e nos serviços externos na prática cotidiana dos serviços de saúde onde atuam os Assistentes Sociais nos sistemas de plantão.

2.4 Buscando as possibilidades da Rede de cuidado

*“Você se assusta com o barulho da bala?
Eu aprendi desde moleque a adivinhar qual é a arma
Isso não é novidade nessa parte da cidade
A violência é comum e a paz é raridade.”*

Black Alien

Ao discutirmos o caso do M. na Reunião de equipe do Consultório na Rua viu-se a necessidade de colhermos mais informações, quanto a sua trajetória de vida, sua rede familiar e suas relações com a rua e com a droga (no caso a cocaína) antes da entrada no Hospital e do contato com a eCR. Para tal, combinamos de realizar outra visita a M. com a participação da psicóloga da equipe ao mesmo tempo, que se entrava em contato com a rede assistencial na busca de alguma instituição que pudesse acolher M. até que o mesmo pudesse realizar a cirurgia.

Já era previsto que não seria fácil encontrar um lugar para M., suas comorbidades (a sonda urinária e a colostomia para além do estigma historicamente estabelecido em relação aos portadores de HIV/AIDS e dos usuários abusivos de drogas), eram condições, que alarmavam todas as instituições das quais cogitamos a possibilidade de acolhimento de M.

É importante ressaltar, que estas comorbidades não necessitavam de nenhum cuidado especial para higienização e manutenção da sonda urinária e da colostomia, pelo contrário, a médica referência do caso nos informou que M. tinha total autonomia em relação a seus cuidados de higiene sendo necessário apenas que fosse ofertado o material para que ele mesmo fizesse a limpeza. M. nos disse ainda, que na rua ele mesmo era responsável pelos seus cuidados e que ia quase todo dia buscar sacolas nos supermercados para substituir a bolsa de colostomia que não usava desde sua alta, após a internação pelo PAF há cinco anos. Os médicos do centro cirúrgico se surpreenderam com este relato, informando da possibilidade de infecções intestinais advindas da não esterilização do material utilizado (as sacolas plásticas), assim como também se espantaram com a engenharia elaborada pelo usuário amarrando sacolas plásticas para cobrir toda a parte do intestino que estava visivelmente para fora do corpo. Devido ao tempo que se alargou nesta condição, o intestino encontrava-se quase que totalmente para fora, não

havendo equipamento adequado para a cobertura do intestino no hospital, para a solução deste problema foram colocadas fraldas geriátricas descartáveis para substituir o esquema de sacolas plásticas.

Como combinado, realizei a visita a M. junto à psicóloga da equipe na semana seguinte. Nesta visita M. falou sobre sua relação com a mãe, sua ex-esposa e sua filha. Relatou ainda que teve o primeiro uso de cocaína aos quinze anos, inicialmente fazendo uso nos finais de semana ou no final do mês, a partir dos vinte e dois anos aumentou a frequência, usando quase diariamente. Esteve preso por dois anos e oito meses, pois foi pego com uma quantidade de cocaína que segundo ele se configurava como tráfico. Em 2002 teve uma internação hospitalar para tratamento de tuberculose, onde descobriu ser soro positivo. Já em 2010 relata ser atingido por um PAF em um baile funk sendo internado em hospital não especificado para cirurgia, após a internação foi acolhido em um "centro de recuperação" de vertente evangélica em Rocha Miranda onde permaneceu por um ano e meio

Após a estadia no "centro de recuperação" inicia-se uma relação mais próxima com a rua (ficando no território do bairro de Rocha Mirando) e com a droga que passa a consumir de forma intensiva. Sobre o uso de drogas, diz "parece que a cocaína combinou comigo" e que "o tempo passou e parecia que não estava passando quando eu usava drogas".

Em conversa com a Assistente Social de plantão fomos informados que após busca da equipe, a mãe de M. foi contatada e esteve no Hospital deixando uma cópia de sua certidão de nascimento, porém não demonstrou interesse em visitar o filho no leito. Não questionamos essa opção, mas ficou evidente a fragilidade de seus laços familiares, ainda segundo a Assistente Social a mãe de M. diz que seu problema é antigo e que já esta cansada de ajuda-lo. Porém, na visita realizada junto a Assistente Social da eCR na quinzena seguinte, a equipe de plantão do hospital nos informou que a mãe, a irmã e a filha de M. teriam o visitado, indo até o leito para ver como estava seu estado de saúde.

Neste percurso, M. já se encontrava há dois meses no Hospital e apresentava uma melhora física e de aparência, referia estar sendo muito bem tratado no hospital e que este tempo lá estava sendo importante para refletir sobre a vida, disse ainda que não queria mais retornar para a rua e que não

sentia falta alguma da droga, perguntou sobre a possibilidade de fazer cursos profissionalizantes para voltar ao trabalho como mecânico para traçar um novo rumo na sua vida. Em relação á visita da família, relatou com entusiasmo, disse de como sua filha estava grande e que achava uma pena não poder ter acompanhado este crescimento, fala que sua família já lhe "deu outras chances" e ele não soube aproveitar, mas tinha esperança que desta vez seria diferente, mostrou um celular que a sua mãe havia lhe dado para que entrasse em contato com a família quando fosse necessário. Fala do desejo de mudar sua vida e apresenta a psicóloga o trecho da música: "um belo dia resolvi mudar", no celular dado pela sua mãe.

Nesta visita, foi reforçado pela médica responsável pelo setor cirúrgico sobre a importância de estar realizando o exame de *CD4 e da carga viral*¹⁰ de M. para retomar o tratamento de HIV com as medicações necessárias, também foi enfatizado a necessidade de estar providenciando um local para abrigar M. durante o período de estabilização de sua carga viral que poderia levar até três meses, período muito longo para continuar no Hospital devido aos riscos de contaminações hospitalares que o usuário poderia contrair, gerando agravamento da situação de saúde uma vez que ainda não havia se retomado o TARV.

Trabalhamos no sentido de buscar ás possibilidade de acolhimento em algum abrigo da prefeitura do Rio de Janeiro, porém tratava-se de um período em que a Secretaria de Desenvolvimento Social encontrava-se em reformulação, por tanto os abrigos não estavam recebendo novos usuários posto que alguns abrigos estavam em processo de fechamento ou remodelação como eram os casos do Centro de Acolhimento Ayrton Senna e o Centro de Acolhimento Stella Maris.

No sentido de organizar uma rede de cuidado para M. tendo em vista seu histórico com a rua e de uso abusivo de cocaína pensamos no contato com o CAPS ad III, a fim de pleitear uma vaga na Unidade de Acolhimento Adulto, um componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de

¹⁰ Carga Viral é a contagem de RNA do vírus HIV utilizada no monitoramento da infecção, orientação quanto ao tratamento e para prever evolução futura da doença, é um exame periódico de todos os portadores do vírus HIV. Já os exames de CD4 e CD8 servem para a contagem de linfócitos CD4 e CD8 que auxiliam na resposta imunológica do portador do vírus HIV.

Atenção Psicossocial - ligado ao CAPS ad III - (Portaria Nº 121, de 25 de janeiro de 2012) que possui leitos de longa duração sobre supervisão de uma equipe Multiprofissional de Saúde Mental. Assim, apresentamos o caso à instituição e nos foi apresentada uma Assistente Social do CAPS que se disponibilizou para ir visitar M. e ajudar na organização do cuidado dele. Também foi solicitada pela equipe de consultório na rua uma consulta com infectologista para M. para que pudesse dar entrada com o TARV , a fim de estabilizar a carga viral do M. , uma das exigências para que o mesmo realizasse a cirurgia.

Segundo a Psicóloga da eCR, em conversa com a assistente social do CAPS, ela informou que há uma direção da superintendência de saúde mental e da coordenação da UAA de que os pacientes encaminhados para a UAA estejam em acompanhamento no CAPS ad III, falou que seria necessário verificar melhor a possibilidade de abrigamento e, caso não fosse viável, pensaríamos em conjunto em outra solução.

Concomitantemente as possibilidades de abrigamento, entramos em contato com Médico Infectologista do Município e passamos as informações que havíamos conseguido sobre o tratamento de HIV/AIDS de M., foi então elaborado um esquema de medicação entregue imediatamente para M. para controle da carga viral.

Em meio à formação da rede de cuidado que estava sendo estabelecida pelo Consultório na Rua junto ao CAPS ad III, a eCR recebe uma ligação do Hospital onde Marcelo encontrava-se internado, informando que o mesmo por já estar em alta, estaria sendo encaminhado para uma "Comunidade Terapêutica" a qual o Serviço Social do Hospital entrou em contato localizada no interior de Caxias que teria se disponibilizado para estar abrigando M.. A referida "Comunidade Terapêutica" já era de conhecimento da eCR. Logo que se iniciou o trabalho no território, houve um caso em particular que nos fez entrar em contato com esta instituição para que pudéssemos dar continuidade ao cuidado da gestação de uma usuária que acompanhávamos que teria sido acolhida neste local. Foram realizadas visitas a esta "Comunidade Terapêutica" pela eCR, porém as condições em que se encontravam os moradores se mostraram insalubres e desumanas, dentre estas condições foram relatadas; ausência de camas ou colchões para todos os usuários; usuários sintomáticos

respiratórios e diagnosticados com tuberculose dormindo no mesmo espaço, para além foram detectadas possibilidades de contaminação de outras doenças infecto contagiosas, escabiose além de atividades de laborterapia de cunho suspeito como auxílio financeiro com venda de mercadorias em ônibus e trem para sustentar a instituição e trabalhos braças de construção de novos alojamentos.

Havia de fato duas questões claras acerca da internação de M. em um leito da cirurgia geral do Hospital das quais já havíamos conversado com a médica de referência e com algumas equipes de plantão do serviço social presentes durante nossas visitas. A primeira era relativa ao risco biológico em que M. estava tendo em vista a alta rotatividade de vírus e bactérias que poderiam se oportunizar em vista a sua condição imunodeficiente, uma vez portador de HIV/AIDS. Outra questão era o tempo em que já ocupava este leito, onde já não se permanecia pela função finda da cirurgia geral (posto que não seria elegível para a cirurgia enquanto não fossem solucionadas as questões já comentadas acima) mas sim por ausência de uma instituição de abrigo de caráter público que pudesse acolher M. para que o mesmo tomasse seus remédios, estabiliza-se sua carga viral e recupera-se o peso adequado para a cirurgia para então retornar a um leito de cirurgia geral.

A eCR negociou com a equipe do serviço social do hospital para que M. pudesse ficar mais 24 horas possibilitando um último esforço da equipe no sentido de conseguir um local adequado para M. . Infelizmente não foi possível nenhuma articulação com a rede de assistência que nos informou que os abrigos estariam superlotados e se mostraram receosos de acolher um usuário com as condições de saúde que M. se encontrava - por mais que estabilizado e com plena autonomia de seus cuidados e fazeres. Quando pensado a possibilidade de acolhimento noturno no CAPSad III, foi colocado pela instituição que a mesma não possuía caráter de abrigo e por mais que o usuário possuía um histórico de relação intensa com cocaína, o mesmo não se encontrava em crise, finalidade da qual se faz os leitos de acolhimento noturno do CAPSad III, também foi pensado junto ao CAPSad III novamente a possibilidade de um acolhimento na Unidade de Acolhimento Adulto, recém inaugurada no município da qual a porta de entrada seria o CAPSad III. Em relação a este dispositivo, indagou-se por parte do CAPSad III que ainda havia

a necessidade de um projeto terapêutico mais sólido para o usuário para que o mesmo pudesse ser elegível para UAA.

Esgotadas nossas possibilidades enquanto eCR, fomos informados pelo Hospital no dia seguinte que M. já havia sido levado para a "Comunidade Terapêutica". Reforçamos então a importância do comprometimento do Hospital com o acompanhamento de M. até que o mesmo fosse elegível para a cirurgia. No dia seguinte ao encaminhamento entramos em contato com a "Comunidade Terapêutica" a fim de estabelecer uma articulação sobre as necessidades de saúde de M., mas a instituição nos informou que M. havia evadido tendo somente passado um dia lá. Neste momento veio em principal preocupação da eCR, a dispensação da medicação Anti-retroviral de M. que estaria nos últimos comprimidos. Neste sentido foi realizada diariamente a busca ativa de M., tendo como recorte geográfico todas as informações que o mesmo possuía sobre sua família, os territórios que frequentava e as instituições pela qual já passou.

Após três dias de busca, M. foi localizado em um local conhecido como "crackolandia do Faz quem que" no bairro de Rocha Miranda - Ao identifica-lo notou-se que estava a realizar uma atividade de colocar e retirar "barricatas" para impedir o acesso a uma entrada da comunidade. É de ciência que esta atividade é paga pelo tráfico através de favores, drogas ou mesmo dinheiro a crianças e usuários de drogas que habitam o território, tendo em vista que por não possuírem vínculo claro com o tráfico não se caracterizam como criminosos e podendo ficar na rua da "pista" sem larga preocupação - M. quando abordado demonstrou grande satisfação em ver a eCR, dizia que o remédio dele "iria acabar hoje" e que foi "muita sorte encontrá-lo". Quando indagamos a M. como havia chegado àquele local e por que teria evadido da "comunidade terapêutica", o mesmo confirmou as condições de insalubridade do local da qual a equipe já tinha ciência dizendo que lá "não havia nem mesmo um colchão para dormir, estava dormindo no chão sujo e gelado", em seguida solicitou um abrigo dizendo que não queria ficar ali, estava lá a três dias e consumia muita droga desde então, dizendo que "se continuar aqui vou me matar cara". Fala ainda que havia pedido ajuda a sua mãe que teria marcado um encontro com ele em uma praça pública, pois não queria que M. soubesse onde estava morando. Procurou ainda uma pastora que havia

auxiliado em um abrigo religioso em outra época, mas a mesma lhe informou que a instituição não estava mais abrigando os usuários.

Em relação a suas condições físicas, para além do alto grau de intoxicação que se encontrava pelo uso da cocaína, notou-se também que M. havia emagrecido muito desde a última vez que o havia visto no hospital, além de uma aparência suja e mal cheirosa da qual ele mesmo se queixava por não ter onde tomar banho por perto, foi surpreendente estas condições dado o curto espaço de tempo que havia saído do hospital.

A partir da localização de M., entramos em contato com o CAPSad III para novamente traçarmos estratégias de cuidado, tendo em vista as condições que se encontrava agora; em situação de rua e fazendo uso intensivo de cocaína diariamente. Neste sentido, a técnica de referência do CAPSad III que havia conhecido M., nos solicitou que o levasse para conhecer o espaço de convivência do para que pudesse se contrapor como outro lugar para M. habitar que não o espaço da rua onde se encontrava sobre exposição, vulnerabilidades e uso intensivo de múltiplas drogas. Quando trouxe esta proposta para M. o mesmo diz que não faz sentido "como assim? vocês vão me levar lá, eu vou ficar um tempo e depois vou embora? Não é isso que eu quero! preciso de um lugar para ficar! Aqui tem muita droga! As pessoas passam me oferecendo droga o tempo inteiro, assim não vou parar! Preciso sair daqui cara!". Conversamos então sobre a dificuldade que estávamos tendo para conseguir uma instituição adequada para abriga-lo e que neste momento nossa possibilidade de oferta seria o CAPSad III, um local onde ele poderia passar o dia, realizar suas refeições, estar em convivência com outros usuários em tratamento nas diversas oficinas e profissionais para escuta-lo. Mesmo relutante M. concorda em conhecer o espaço e então marcamos de leva-lo na manhã seguinte.

A primeira visita de M. ao CAPSad III parece produzir um efeito positivo a sua saúde em geral - tanto física quanto psicológica - Diz que pôde tomar banho, fazer as refeições e dormir durante a tarde, algo importante para ele uma vez que se encontrava em uma rotina intensa de uso de uma droga estimulante (a cocaína), diz ainda que não pode conversar em particular com sua técnica de referência pois dormiu a tarde toda e ninguém foi acorda-lo (em conversa sobre o caso junto a técnica, a mesma diz que notou em M. um

grande esvaziamento de subjetividade, o que inviabilizava uma conversa terapêutica com M. em múltiplas tentativas, ele chegava ao CAPS em condições físicas muito degradadas devido ao uso intensivo de cocaína durante a madrugada, entendendo então que era importante que ele pudesse usar aquele espaço para dormir neste primeiro momento, fazendo assim o uso que lhe era necessário do equipamento nestas circunstâncias). Combinamos com M. de levá-lo três vezes por semana ao CAPSad III enquanto organizávamos as possibilidades de abrigo.

Por cerca de dois meses foi mantido este acordo, de forma que ao longo deste tempo, muitas vezes quando ia buscar M. o mesmo dizia que não queria ir para o CAPS por estar muito intoxicado e achar o espaço muito pequeno para ele, tinha receio que as pessoas o vissem "pancadão" como ele mesmo dizia. Neste sentido, notou-se com o tempo um movimento particular de M. de estar sempre sóbrio nos dias em que sabia que a eCR estaria lá para busca-lo, acreditava que fazia melhor proveito do CAPS assim, se negando enfaticamente a ir nos dias em que estava sob uso intensivo da cocaína.

Com o passar do tempo notou-se em M. por parte do CAPSad III e da eCR uma mudança real de humor e perspectivas sobre sua vida, assim como apresentava-se no hospital víamos M. pensar em possibilidades para melhorar suas condições de vida, neste tempo também foi dada a entrada junto a assistente social do CAPSad III de um pedido para concessão de benefício pela sua condição de portador de HIV/AIDS, também entrou-se em contato novamente com a mãe de M. a pedido dele no sentido de informa-la sobre seu tratamento no CAPSad III e solicitar alguns documentos que seriam necessários para pleitear o benefício. Em discussão posterior sobre o caso, a assistente social do CAPSad III nos disse que havia um receio da mãe de M. em se aproximar novamente do filho, mas que a mesma se prontificou a trazer os documentos dele ao CAPS, o que nos permitia apostar que o fortalecimento de seus vínculos familiares era um caminho que poderia ser seguido por ambas as equipes. Não muito posterior a esta conversa houve uma visita da filha de M. no dia em que estava no CAPS, ao que foi relatado foi uma visita breve, porém de grande satisfação para M.

Toda via, as condições de M. devido a sua situação de rua proporcionava-lhe dias de altos e baixos, se em alguns momentos ele fazia

questão de se privar do uso da droga nos dias que havia combinado de ir ao CAPS, outros dias a violência policial, a violência generalizada da rua por seus pares dentre outras condições menos objetivas muitas vezes geravam grande sofrimento psíquico tendo como um dos efeitos o uso intensivo de drogas por dias seguidos. Tinha medo o tempo todo que as pessoas roubassem seus pertences ou que os policiais fizessem algo com ele, relatou que por vezes passava quatro dias sem dormir sobre o efeito do uso da cocaína incessantemente. Esta situação levava M. a um quadro de constante instabilidade em sua vida, havendo a preocupação da eCR e do CAPSad III sendo acentuada a medida em que M. chegava a equipe muitas vezes sobre uso intensivo da droga porém pedindo para que lhe tirassem daquele local, pois para ele só assim seria possível parar de usar.

Consonante a situação em que M. se encontrava, começou-se a pensar por parte do trabalho de ambas as equipes a real inviabilidade da continuação de M. neste local e por um terceiro momento foi pensada a articulação com a Unidade de Acolhimento Adulto, já que agora M. participava ativamente de seu tratamento no CAPS e que havia condições objetivas de transformação em sua vida estando acolhido nesta instituição. Dentro destas condições pensava-se na resolução de suas demandas fisiológicas (sua cirurgia gastrointestinal e a reconstrução de seu canal urinário), reaproximação de seus vínculos familiares e construção de possibilidade de inserção no mercado de trabalho e administração do benefício de renda para portadores de HIV/AIDS.

Neste sentido houve um esforço em conjunto da Assistente Social e da Psicóloga da eCR para produção de um relatório social descrevendo a história de vida de M., sua relação intensa com a droga e as possibilidades de cuidado programadas para M. sendo possível uma instituição que o acolhesse durante um longo período de tempo.

Foi então agendada uma reunião intersetorial entre a eCR, o CAPSad III e a UAA, para a discussão da possibilidade de inserção de M. na UAA e elaboração de um projeto terapêutico no tempo em que estivesse acolhido.

Penso aqui na necessidade de regatar a discussão de (CECÍLIO, 1997), onde traz como alternativa ao modelo piramidal de acesso aos serviços de saúde à proposta de pensar este acesso em círculo ao dizer que; “associar o modelo assistencial à figura de pirâmide nos coloca em uma armadilha dos

sentidos, que fatalmente nos faz pensar em fluxos hierarquizados de pessoas dentro do sistema”.

Sendo também necessário dialogar com o conceito de *trabalho vivo* trazido por MERHY (2002), onde consiste na capacidade de estabelecer novos fluxos para produção de cuidado que atenda aos interesses e necessidades do usuário, pensando estes fluxos de forma flexível que por tanto não preso ao burocratismo que permeia o acesso a diversos serviços de saúde.

Resgato estes autores com intuito de se pensar as possibilidades e os desdobramentos diferentes que poderiam ser estabelecidos a partir de um acesso antecipado a UAA , que não pela porta de entrada hierarquizada do dispositivo. Não ausente a esta suposição esta a compreensão da necessidade de se estabelecer projetos terapêuticos sólidos e a capacidade profissional de percepção quanto às possibilidades de pactuação do usuário, mas sim pensar nas oportunidades de aposta - palavra muito comum no campo da saúde – na capacidade de autopreservação do usuário e a abertura de projetos terapêuticos que se pode estabelecer a partir deste sentimento que se mostrou presente em todo o andamento do caso M..

Nestes termos aprecio a concepção circular, de múltiplas portas de entradas como componente da universalização do SUS no que corroboro com Cecílio que:

“O círculo se associa com a idéia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. Ele não hierarquiza. Abre possibilidades. E assim deve ser o modelo assistencial que preside o SUS. Trabalhar com múltiplas possibilidades de entrada” (CECÍLIO 1997, p. 475)

Na reunião há uma pronta sensibilização da UAA frente ao caso de M., ao mesmo tempo em que se apresenta uma forte preocupação quanto aos cuidados da colostomia e da sonda urinaria de M. . O coordenador da UAA refere temer que não houvesse condições adequadas nas instalações da unidade para receber M., relata ainda que o piso do banheiro é muito escorregadio e que tem se preocupado quanto a acidente com os usuários que estão acolhidos e que não haveria espaço para realização de procedimentos por parte da técnica de enfermagem caso M. precisasse de algum tipo de pronto atendimento, indagou ainda que o mais adequado seria que M. estivesse em um local com supervisão constante de um enfermeiro, e que na

UAA não havia profissionais de nível superior em todos os turnos, o que se vale também da equipe de enfermagem que só constava com um profissional de nível superior. Contrapartida, informamos que havia o parecer da médica que acompanhava M. no hospital e do médico da eCR de que M. não precisaria de nenhum tipo de cuidado especial, sendo o mesmo autônomo em suas atividades diárias e não apresentava nenhum risco a sua vida desde que mantivesse higienizados a sonda urinária e a colostomia, de fato as condições de saúde de M. poderiam assustar na aparência, porém sobre uma perspectiva biomédica não eram de ordem grave. Respaldo então pelas avaliações médicas, a coordenação da UAA aceitou o desafio de acolher M. e promover a condução do projeto terapêutico no trabalho intersetorial junto ao CAPSad III e a eCR. Para tanto, foram elaborados fluxos no sentido de compartilhar e garantir a integralidade do cuidado de M.

O cuidado das demandas de atenção primária de saúde de M. ficaram a cargo da eCR, dentre estes cuidados destacam-se a troca mensal da sonda urinária, a dispensação das medicações anti-retrovirais e o acompanhamento médico e a articulação junto ao Hospital para realização da cirurgia de M. quando o mesmo estivesse nas condições elegíveis. Ao CAPSad III, ficou a responsabilidade dos atendimentos psicológicos e assistenciais de M., tal como o acompanhamento do mesmo no cotidiano do CAPS, nas oficinas e nos espaços de convivência, assim como o fortalecimento dos seus vínculos familiares. Já com a UAA, ficou o acompanhamento mais intensivo de M., o auxílio nas micro relações, no fortalecimento de vínculos não institucionais - incluindo também os familiares - e da construção do projeto terapêutico de M. no dia a dia passando a viver na instituição por alguns meses, incluindo assim toda a construção de relações sociais – familiares e comunitárias - que o habitar carrega em seu significado.

Finalizo este relato, de um caso que continua em andamento, endossando que M. é um dentre muitos casos dos quais se apresentam como desafio para as equipes de saúde do município do Rio de Janeiro, e sua inserção em um cuidado integral em diversos dispositivos de saúde pública hoje por experiência acredito ser uma exceção que deve se tornar publicidade, para que os profissionais de saúde e da rede sócioassistencial entendam que é sim possível produzir cuidado e tratamentos na rua, os usuários de drogas e a

população em situação de rua são sujeitos de direitos e usuários legítimos dos serviços de saúde e não precisam de tratamento diferenciado, mas sim de cuidado humanizado.

CONCLUSÃO

A presente monografia vislumbrou aspectos sobre a política de drogas e saúde atual no Brasil, ilustrou ainda as possibilidades de cuidado em saúde dos usuários de drogas no Município do Rio de Janeiro por meio dos dispositivos de saúde pública possíveis neste território. No que tange a política nacional de drogas, acredito ter demonstrado que está muito aquém da realidade da qual vislumbramos tendo em vista ao menos os direitos individuais os quais a sociedade moderna estende sua bandeira neoliberal – posto que os direitos políticos e sociais sofrem um processo de esvaziamento e mitificação ideológica no caso do primeiro, e desmanche e enxugamento no caso do segundo, aos quais os dois se fazem progênito de uma despolitização e crescente alienação onde o sujeito não se vê enquanto produto da sociedade que ele mesmo reproduz.

Há deturpações serias a serem questionadas quanto à criminalização de uma conduta da qual se restringe a esfera individual que é o consumo de drogas, e ao investimento massivo em segurança pública e encarceramento destes sujeitos por mera manifestação de poder coercitivo que se faz a lei.

O parco financiamento da ampliação e efetivação do sistema de saúde não só para linha de cuidado dos usuários de drogas, mas para toda a rede. Reafirma que o Estado - sem constrangimento - esta seguindo o receituário neoliberal de focalização, desmonte e assistencialismo do sistema de seguridade social, e na questão das drogas não se faz diferente.

Quanto à relação de dependência que alguns usuários estabelecem ao consumir de forma abusiva ou compulsiva uma ou outra substância como a cocaína, - a exemplo da condição traçadora deste trabalho – a pesar da conjuntura de assistencialismo e malversação das políticas sociais implementadas no país, há possibilidades de tratamento dentro da rede pública de saúde que se mostram efetivos, dispositivos como o CAPS AD, eCR dentre outros não citados nesta monografia (como a “Casa Viva” para Adolescentes que possuem relações com drogas), estão conectados com o modelo de redução de danos que visa atingir a qualidade de vida e os cuidados de saúde do usuário dentro das possibilidades que lhe são possíveis ao momento

primando seus interesses enquanto sujeito de direitos e protagonista de sua vida. Portanto entendo que modelos de tratamento que visam o encarceramento, ou acolhimento (palavra esvaziada e banalizada a meu ver, sendo adotado como sinônimo de humanização) como dizem as “comunidades terapêuticas” vão contra mão ao que acredita a reforma psiquiátrica da qual se fundamentam os serviços de saúde pública e saúde mental atualmente neste país.

Em relação à *condição traçadora* que trago nesta monografia, acredito ter sido possível demonstra a potencialidade do cuidado em saúde em território, assim como as fragilidade e dificuldades de se garantir o acesso a saúde da população em situação de rua usuária de drogas do município do Rio de Janeiro. As possibilidades de trançar uma rede *ação de trabalho vivo*¹¹, e os frutos que podem ser colhidos na articulação profissional de diversos dispositivos de saúde.

M. é um sujeito singular, que portanto carrega todos os significados em relação aos seus direitos, suas afetações e decisões pessoais ao decorrer da reprodução da sua vida social, todavia é válido salientar que este sujeito singular possui uma história que se repete em vários sentidos, não na singularidade de suas questões, mas na identificação com outros sujeitos em situação de rua usuários de drogas que devem transpor estigmas, barreiras de acesso às políticas sociais – que por vezes são elaboradas para estes sujeitos, porém sem alcança-los de forma concreta - e da luta cotidiana no ringe da vida pela qual não se sai vitorioso e sim sobrevivente e só sendo possível esta sobrevivência após ser alvo de diversas violências físicas e psicológicas as quais faço expostas ao longo deste trabalho.

De modo a concluir, acredito na relevância da experiência de vida deste escritor que o foi adentrar a este campo das políticas sociais, primeiramente como aluno de graduação de serviço social em diversos projetos de pesquisa e extensão ofertados pela universidade que tem ampliado seu olhar para pensar nas possibilidades de vivência, cuidado e reprodução social da população em

¹¹ Termo utilizado por Emerson Merhy para “capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e rumos para atos produtivos em saúde” (MERHY, 2002)

situação de rua, a frisar os que fazem uso abusivo de drogas ou habitam os territórios psicotrópicos como sua única casa, ou que veem neste espaço uma identificação e um paradoxo de segurança, onde se por um lado são sujeitos ameaçados pela segurança pública e pelo tráfico, além de negados de existência pelas comunidades, permanecem nestes espaços reproduzindo sua vida cotidiana com símbolos e significados que vão além do que possamos capturar na efêmera manifestação visual destes locais.

Posterior à experiência universitária, e devendo em grande parte a ela, foi-me ofertado a possibilidade de trabalhar em uma Equipe de Consultório na Rua, uma política que vem se estruturando há seis anos no Município do Rio de Janeiro, em praças públicas, nos territórios psicotrópicos, vias públicas ou qualquer lugar onde esta população esteja, pois o desafio é este, o cuidado in loco.

Sobre o Consultório na Rua, acredito importante colocar que dentre muitos atributos e obrigações possui o papel fundamental de matriciador, auxiliando que outros serviços (da rede intra-setorial de saúde e inter-setorial de assistência) possam atender esta população sem distinção quanto a seus hábitos e sua ausência de domicílio,

Não estando obviamente o Consultório na Rua fora do contexto de regressão do sistema de seguridade social contemporâneo e sendo assim atravessado pela escassez de recursos, precarização das relações de trabalho e financiado para metas e objetivos (como mascarar manifestações da questão social em números de produção de acesso a serviços de saúde e assistência) que muitas vezes vão de encontro ao projeto societário das categorias profissionais que compõem as equipes – a exemplo dos assistentes sociais.

A alternativa a estes profissionais é a participação em fóruns, congressos e organismos de fiscalização comunitária para publicitar a precariedade das condições de vida das populações em situação de rua e os melindrosos recursos ofertados pelo Estado para implementação e atuação das eCR.

É ainda da possibilidade dos profissionais desta equipe auxiliar na organização e politização das populações em situação de rua, na organização de movimentos regionais e nacionais destas populações para que aja uma maior pressão deste setor – uma vez que sabemos pela historia da sociedade, que direitos são conquistados e não concedido por ventura do Estado a serviço de interesses de classe - na busca de recursos e politicas efetivas voltadas para a melhora da qualidade de vida dos que hoje estão na rua.

Na Equipe de Consultório na Rua obtive uma vasta experiência no cotidiano profissional enquanto Agente Social de Saúde, inserido na equipe sobre o manto da universidade do qual uma vez agasalhado não há como desvestir. E devo acrescentar que este indissociável diálogo com a universidade só veio a potencializar minhas possibilidades enquanto profissional atuante, ao mesmo tempo que me permitia vislumbrar o local do outro, o profissional de nível médio, inserido de forma diferente dentro da divisão sócio técnica do trabalho, que possui outro olhar sobre os processos de trabalho a serem realizados a crer que pude gozar de um lugar privilegiado para se pensar sobre as possibilidades de fluxos de trabalho, das demandas implícitas e explícitas do usuário e do cotidiano do território que se faz sobre violência diária pelo aparato de segurança – ou repressão na pratica – do Estado.

Deste aprendizado, trago a certeza da necessidade de inserção dos alunos de graduação nestes campos de atuação onde se expressão mais brutalmente as manifestações da questão social a qual tanto estudamos, o desconforto - real e necessário - produz reflexões potenciais para se pensar os espaços sócios ocupacionais, os dilemas e as possibilidades nas instituições que os estudantes de serviço social irão trabalhar findado o processo de graduação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCON, Sergio. Drogas Psicoativas: Classificação e bulário das principais drogas de abuso
In: ALARCON, Sergio. Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo./
Organizado por Sergio Alarcon e Marcos Aurélio Soares Jorge. – Rio de Janeiro: Editora
Fiocruz, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica.
Política Nacional de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARNEIRO, Henrique. Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas: Historias e
curiosidades sobre as mais variadas drogas e bebidas. Rio de Janeiro : Elsevier, 2005

CECÍLIO, L.C.O. Modelos Tecno-Assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma
possibilidade a ser explorada. Caderno de Saúde Pública , Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-
set, 1997.

CONTE, Marta et al. Redução de danos e saúde mental na Perspectiva Da atenção básica.
Boletim da saúde Porto Alegre Volume 18 Número 1 jan./jun. 2004. Disponível em: <
http://www.crprs.org.br/upload/files_publications/arquivo27.pdf > Acesso em: 09 de janeiro de
2016.

CORTINA DE FUMAÇA. Direção: Rodrigo Mac Niven. 88 minutos. Disponível em: <
<http://www.youtube.com/watch?v=m8auXBla9Hk>>. Acesso em 09 de Janeiro de 2016.

DIAZ, L.P., ALVES, L.L.. USO DE DROGAS: aplicabilidade do artigo 28 da lei nº 11.343/2006
na cidade de Governador Valadares – MG. Disponível em <
[http://www.fadivale.com.br/portal/revista-online/revistas/2014/ARTIGO%20-
%20Ludimila%20Dias%20Prates.pdf](http://www.fadivale.com.br/portal/revista-online/revistas/2014/ARTIGO%20-%20Ludimila%20Dias%20Prates.pdf) > Acesso em: 13 de fevereiro de 2016.

FERNANDES, Luís (2014), “A exclusão social como revelador das relações entre violência
estrutural e violência quotidiana”, Quaderns-e de l’Institut Català d’Antropologia, 19 (1),
Barcelona: ICA, pp. 175-186.

FIOCRUZ. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? / organizadores: Francisco Inácio Bastos, Neilane Bertoni. – Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014

FREITAS, Alúcio Antônio Andrade de. In: <
<http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/dependencia-quimica/crack-chama-a-atencao-para-dependencia-quimica.aspx>>. Acesso em 10 de Janeiro de 2016

KESSNER DM. Assessing health quality: the case for tracers. N Engl J Med. 1973

KARAM, Maria Lucia. Drogas: Legislação brasileira e violação a direitos fundamentais. Texto para curso de extensão promovido pelo Núcleo de Estudos Drogas/Aids e Direitos Humanos do Laboratório de Políticas Públicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro-RJ – abril 2010.

LIMA, R.C.C de. Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relações Brasil – Estados Unidos e os organismos internacionais. Rio de Janeiro: UFRJ, Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social, 2009.mimeo.

MENDES, E. V. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

QUEIROZ, I. S. de. Adoção de ações de redução de danos direcionada aos usuários de drogas: concepções e valores de equipes do Programa de Saúde da Família. Pesquisas e Práticas Psicossociais, 2(1), São João del-Rei, Mar./Ag., 2007

SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO. Merhy EE. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145). ISBN: 85-271-0580-2

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA (et al). Serviço Social e saúde. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007, p. 242-272