



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UnB

FACULDADE DE CEILÂNDIA- FCE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

ANA CAROLINA OLIVEIRA COSTA

**A PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS  
SOBRE A REDUÇÃO DE DANOS**

BRASÍLIA-DF

2013

**ANA CAROLINA OLIVEIRA COSTA**

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS  
SOBRE A REDUÇÃO DE DANOS**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ma Josenaide Engrácia do Santos

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Aline de Melo Soares

BRASÍLIA- DF

2013

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

### **Ficha Catalográfica elaborada pela autora**

Costa, Ana Carolina Oliveira

A percepção dos usuários de substâncias psicoativas sobre a Redução de Danos/ Ana Carolina Oliveira Costa– 2013. 52 f.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Ma Josenaide Engrácia do Santos.

Coorientação: Prof<sup>a</sup>. Aline de Melo Soares

Monografia (Bacharel em Terapia Ocupacional) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2013.

1. Narrativas. 2. Usuário de drogas. 3. Pesquisa Qualitativa.

ANA CAROLINA OLIVEIRA COSTA

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS  
SOBRE A REDUÇÃO DE DANOS**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

**Banca Examinadora**

---

Psicóloga Aline de Melo Soares

Instituição: Secretaria de Saúde do Distrito Federal

---

Terapeuta Ocupacional Thiara Dias Café Alves

Instituição: Secretaria de Saúde do Distrito Federal

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms Josenaide Engracia do Santos

Instituição: UnB-FCE

*Dedico este trabalho a todos aqueles que moram no Setor  
Comercial Sul.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos aqueles que colaboraram direta ou indiretamente para a concretização deste trabalho.

Em especial agradeço a minha Orientadora, Professora Josenaide, pela paciência, conhecimentos, inquietações, risadas, loucuras e sonhos de um mundo melhor compartilhados.

Agradeço também aos Redutores de Danos do Programa de Redução de Danos-DF, em especial ao Carlos Tikin, por sua generosidade e companheirismo, não só ao longo da realização do trabalho, mas também durante todas as semanas em que trocamos alegrias, reflexões, histórias, frustrações, entre outros sentimentos.

Agradeço aos meus pais (Marina e Francisco), pela compreensão, dedicação, paciência e confiança.

Agradeço aos amigos, em especial ao Gabriel Dantas. Ele foi um presente que a Terapia Ocupacional me deu a oportunidade de conhecer, me acompanhou durante todos esses anos de faculdade e me ensinou a ser uma pessoa melhor. Depois de tantas risadas e maluquices, de tantas roladas na grama, andanças no Sol Nascente, finalmente conseguimos!

Agradeço a Deus, por todo amor. Pelo imenso amor.

## RESUMO

COSTA, ACO. **A percepção dos usuários de substâncias psicoativas sobre a Redução de Danos**. 2013. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)- Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB), curso de Terapia Ocupacional, Brasília, 2013.

Desde a pré história o ser humano faz uso de substâncias psicoativas com vistas a um leque de finalidades, que se estendem desde o uso clínico, religioso e ritualístico, até o emprego com fins estritamente prazerosos. Apesar das predominantes abordagens repressoras e moralistas com relação ao consumo de drogas, a redução de Danos, como uma estratégia que leva em consideração o aspecto biopsicossocial deste uso, vem se destacando. O objetivo deste trabalho é compreender a Redução de Danos a partir do olhar do usuário de substâncias psicoativas em situação de rua, focando na explicação dos sentidos e descrição dos posicionamentos. O estudo foi qualitativo e utilizou-se do construcionismo social como método. A entrevista semi estruturada foi o instrumento utilizado e a partir da combinação de perguntas abertas e fechadas permitiu-se que o entrevistado discorresse sobre o assunto em questão. Foram entrevistadas cinco pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas no Setor Comercial Sul. A análise foi feita por meio do mapa de associação de idéias. Os resultados mostram as ações de redução de danos como uma abordagem peculiar a qual é legitimada pelo trabalho diferenciado do redutor de danos e também pela figura do cachimbo. As narrativas explicitam que há ainda a problematização e oposição com relação a essas ações. Conclui-se que o olhar dos sujeitos, no que diz respeito ao processo de compreensão dos sentidos atribuídos a abordagem de RD, é um elemento que pode disparar processos de desalienação subjetiva e coletiva frente à dureza dos processos de normatização implícito nas ações com usuários de drogas.

**Palavras-chaves:** Narrativas, usuário de drogas, Pesquisa Qualitativa.

## **ABSTRACT**

**COSTA, A.C.O. The perception of psychoactive substances on the Damage Reduction.** 2013. 52F. Conclusion work (Graduation) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (Unb), Occupational Therapy Course, Brasília, 2013.

Since pre-history the human being uses psychoactive substances in order to an infinity of endings that spread to clinical, religious and ritual uses, to the most pleasant endings. Despite these predominating repressor and moralist approachings related to the use of drugs, the Damage Reduction as a strategy taking in consideration the biopsychosocial of this use, is widely emphasized. The target of this work is to comprehend the Damage Reduction through the view of the users of psychoactive substances over street situations, focusing on the explanation of senses and descriptions of positions. The study was qualitative and used the social constructionism as a method. The semi structured survey was the tool used and through the combination of open and closed questions allowing the surveyed broached on the subject. Five people that use psychoactive substances were surveyed at Setor Comercial Sul. The analysis was done by using the map of association of ideas. The results show the actions of damage reductions as a peculiar approaching which is legitimized over the differentiated of the damage reducer and also over the figure of the pipe. The narratives make implicit that there is also render problematic and opposition in relation to these actions. It is concluded that the view of these subjects, in relation to the process of comprehension of the senses assigned to the approaching of DR, it is an element that may discharge process of collective and subjective disalienation frontage to the hardness of the process of normalization implicit over the actions on drug users.

**Key-words:** Narratives, drug users, Qualitative Research.

## SUMARIO

<b>1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>10</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>12</b>
2.1 (Des) Construindo Ideias .....	12
2.2 O uso de ‘Drogas’ .....	17
2.3 Cenário da Redução de Danos Internacional .....	20
2.4 Cenário da Redução de Danos no Brasil.....	24
2.4.1 Redução de Danos no Distrito Federal.....	28
2.4. Repertórios de Exclusão e o usuário de ‘Drogas’ .....	30
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>32</b>
3.1. Objetivo Geral .....	32
3.2.. Objetivos Específicos.....	32
<b>4. CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	<b>33</b>
4.1 Tipo de Estudo .....	33
4.2 Contexto de Pesquisa .....	34
4.3 Sujeitos da Pesquisa .....	35
4.4 Instrumentos de coleta de Dados .....	35
4.5 Análise de Dados.....	35
4.6 Aspectos éticos .....	36
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>38</b>
5.1 Explicação dos Sentidos .....	38
5.1.1 <i>O redutor de Danos como operador de novidade: “índio chegou trazendo novidade. Índio trouxe Cachimbo da paz”</i> .....	38
5.1.2 <i>“Mundos que se tocavam, mas não se penetravam”</i> .....	39
5.1.3 <i>Prevenção e Saúde</i> .....	41
5.2 Descrição dos posicionamento .....	42
5.2.1 <i>Oposição à Redução de Danos</i> .....	42
5.2.2 <i>Produzindo Subjetividades</i> .....	43
5.2.3 <i>Problematização da Redução de Danos</i> .....	44
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>46</b>

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>55</b>
<b>Apêndice 1-TCLE.....</b>	<b>55</b>
<b>Apêndice 2 – Roteiro da Entrevista .....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>57</b>
<b>Anexo 1 – Parecer do CEP .....</b>	<b>57</b>

## 1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O uso de substância psicoativa se faz presente em toda a história da humanidade e, conseqüentemente, os conceitos construídos pela sociedade ao longo do tempo no que diz respeito a estas substâncias, sofrem alterações de acordo com o momento histórico e contexto vivenciado pelo coletivo (Moraes, 2008). O debate com relação às drogas desperta questões que afloram o maniqueísmo entre discurso médico (questão ligada à saúde) e discurso jurídico (que envolve aspectos legais e de segurança) (Garcia, et al. 2008).

Um tema de grande complexidade e que gera divergência entre os profissionais envolvidos com esse assunto no Brasil é aquele que envolve a Redução de Danos- RD. Assim como o termo “Droga” o termo “Redução de Danos” é bastante controverso, a começar pela sua conceituação. Deve-se considerar o caráter polissêmico das palavras, tendo em vista que a tentativa de definição da RD pode demonstrar posicionamentos a respeito à *questão das drogas* como um todo (Fiore, 2006).

A abordagem da RD é pautada na oferta de serviços mais acessíveis, a partir de uma ótica desburocratizada, aberta e flexível. Como tal, se configura em ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados de forma direta ou indireta pelo uso e abuso de drogas, sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias. Permite uma mobilidade com a qual coloca os participantes do processo em outra forma de relação com o social, servindo, muitas vezes, de referência, de ponte, entre o sujeito e o laço social do qual está apartado (Pereira 2007).

Tal perspectiva não surgiu de uma política ou de um programa do governo, mas de uma troca de informações entre os usuários e os profissionais que trabalhavam na rua. Andrade (2010) relata que a Redução de Danos começou junto com a troca de seringas e que os usuários, ao se sentirem investidos, passaram a trocar olhares, cuidados, pedidos de informações e afetos. Estas trocas permitem, muitas vezes, a entrada de um terceiro, que rompe com a relação dual, intensa e exclusiva com as drogas. Neste ponto, o redutor de danos se faz presente e há um maior cuidado com o toxicômano por esta vulnerabilidade na relação com o ‘outro’.

Para Fiore (2006) o diferencial da RD, em comparação com outras formas de entender a questão do uso de drogas em uma sociedade eminentemente conservadora, é o pragmatismo

ou o realismo na abordagem. Como tal, são estratégias baseadas em fatos as quais observam e abrangem tanto os efeitos positivos quanto os negativos advindos do uso da droga e que também considera que este desencadeia riscos de intensidades diferentes. Comumente, o que se percebe é uma sociedade na qual permanece influenciada e alicerçada pela idéia hegemônica de “guerra às drogas”, uma idéia que ainda hostiliza e coloca o usuário em uma posição estigmatizada e marginalizada. (Pereira, 2007).

Dentre a população acessada no cenário da pesquisa- Setor Comercial Sul, percebeu-se que a maioria dos sujeitos que fazem uso de substância psicoativa se encontra em situação de rua. De acordo com uma pesquisa realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em setenta e um (71) municípios recenseados, observa-se que entre os principais motivos para se viver na rua está o consumo de álcool e drogas (35,5%) (Brasil, 2008). Pensando nisso, a pertinência do tema população de rua e as políticas públicas de saúde amparam-se, em grande parte, no conceito sociológico de saúde, que amplia e contém as articulações da realidade social a qual se configura em um dos princípios da RD (Minayo, 2000).

O interesse na tônica da ‘Redução de Danos’ entrelaçada com a questão de usuários em ‘situação de rua’ está associado com a vida comunitária que ambos relacionam. Busca-se também compreender o fenômeno que vai além do diagnóstico clínico e da dimensão dos preceitos higienistas e sanitaristas, que perpassa um problema social complexo cada vez mais presente nas cidades: Entender como os usuários em situação de rua percebem as ações de RD, o que eles pensam sobre a RD e como se posicionam em relação a essas ações.

Trata-se de um terreno complexo e a proposta é tão somente situar a perspectiva linguística que vem sendo usada na psicologia social e também no cotidiano para dar sentidos a objetos e eventos sociais. Para tanto, o objetivo é descrever o posicionamento dos sujeitos diante das ações de Redução de Danos, entendendo que descrição, conforme Papalia (2006), é uma tentativa de retratar o comportamento, uma ideia com precisão. Outro objetivo de destaque é o de ‘explicar’ e como tal, este conceito diz respeito à revelação das possíveis causas de um determinado comportamento e posicionamento diante de eventos.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. (DES) CONSTRUINDO IDEIAS.

*"Mas eu não estou acostumada com isso!", alegou a pobre Alice em um tom consternado.*

*"Você se acostumará com o tempo", retrucou a Lagarta, e colocou o narguilé na boca, começando a fumar novamente.*

*Desta vez Alice esperou pacientemente até a Lagarta querer falar novamente. Depois de um ou dois minutos a Lagarta tirou o cachimbo da boca, e bocejou uma ou duas vezes e espreguiçou-se. Então desceu do cogumelo e arrastou-se para longe, simplesmente observando, ao sair: "Um lado irá fazê-la crescer e o outro irá fazê-la diminuir."*

*"Um lado do quê? Outro lado do quê?", pensava Alice consigo mesma.*

*"Do cogumelo", respondeu a Lagarta, como se Alice tivesse falado alto, e já no momento seguinte ela estava fora da vista.*

*Alice permaneceu olhando pensativamente para o cogumelo por um minuto, tentando compreender quais eram os dois lados da planta, (...) "E agora, qual é qual?" disse Alice para si mesma, mordiscando um pouco da mão direita para sentir o efeito. No momento seguinte ela sentiu um violento golpe debaixo do queixo: ela batera no seu pé. (...)*

*"Puxa, minha cabeça está livre afinal!", disse Alice num tom de prazer, que mudou para um tom alarmado no momento seguinte, quando ela descobriu que seus ombros não estavam em lugar nenhum à vista: tudo o que ela podia ver ao olhar para baixo era uma imensidão de pescoço, que parecia nascer como um caule sobre um mar de folhas verdes que se estendiam lá embaixo."*

Lewis Carroll (2002)

A dialética que se faz presente entre o simbólico e o imaginário tem na palavra o fio condutor e formulador de uma articulação que se constrói e advém de significados. Este simbolismo é o lugar do 'expressar-se' que envolve aspectos conscientes e inconscientes. Citando a obra mais famosa de Lewis Carrol (2002) há de se observar que o pequeno trecho traz à reflexão o universo do simbólico e imaginário das substâncias psicoativas, existência, sujeitos e suas percepções.

O consumo de substâncias, a percepção dos personagens acerca da experiência vivida, a presença de objetos inanimados que fazem parte de um ritual simbólico de uso são alguns destes elementos que explicitam sua relação com a discussão que delinea o tema 'drogas'. A Lagarta que fuma o Narguilé, a personagem que come cogumelos para experimentar uma mudança em seu próprio corpo, a ligação do objeto (narguilé ou 'cachimbo'- citado no texto) ao consumo fazem parte de um repertório experimentado pela humanidade desde seus primórdios.

Desde a pré história há registros da utilização de plantas e outras substâncias (como aquelas de origem animal) que serviam para alterações no fluxo psíquico e comportamental dos sujeitos (Macrae, 2001). Dessa forma, a literatura também remete o uso como sendo elemento dotado de várias acepções e possuidor de diversas finalidades, as quais podem ser de cunho medicinal, recreativo, religioso, nutritivo, entre outros (Alves, 2009).

Macrae (2001) aponta algumas situações que ilustram esse processo como, por exemplo, a coca, o café e o chá que foram empregados em diversos continentes com o objetivo de diminuição da fome e também para o aumento de energia. Especialmente o café que era utilizado pelos árabes (século X) para que fossem evitados o cansaço e fadiga resultante da leitura das Sagradas Escrituras. Dentre as substâncias estimulantes, vale mencionar também o tabaco, que desde o período pré-colombiano era utilizado para os mais diversos fins: terapêutico, recreativo ou religioso. Ele foi contatado pelos Europeus através da aproximação com as culturas indígenas, no período de 'descobrimento' da América.

O cânhamo, proveniente da China, é mencionado em um tratado chinês do século I como um elemento que possibilitava a visualização e comunicação com espíritos e para alívio da dor. Ele também era fumado em reuniões sociais e na medicina Islâmica, tal substância era usada com diversas finalidades terapêuticas, inclusive para fins lúdicos, ou seja, faz parte do imaginário de um coletivo (Macrae, 2001).

A utilização de bebidas alcoólicas como medicamento foi mencionado nas tábuas de escrituras da Mesopotâmia (2200 anos A.C). Macrae (2001) relata que os romanos apreciavam tais bebidas e interpretavam seu efeito como uma espécie de autoconhecimento que levava ao relaxamento- Ebriedade Sóbria. Em contrapartida, no mudo Islâmico este

consumo era censurado, a partir da percepção da falta de postura resultante do ato de embriagar-se.

Na Grécia antiga o ópio era usado para o tratamento de diversos males, inclusive para aqueles que temiam ser envenenados. Sua utilização não era vista como algo infame ou degradante para os gregos. Em alguns países árabes era reservado aos idosos para o suporte e compensação pelos problemas da velhice (Macrae, 2001).

No início do século XIX vários fármacos foram produzidos a partir do isolamento de alguns princípios ativos de plantas específicas. Tal período foi marcado por uma maior abertura e introdução das ‘drogas’ na terapêutica com vistas a uma prática médica que se utilizava de substâncias de origem mineral, animal e vegetal, respectivamente como exemplos, o iodo, a insulina e a morfina (Vargas, 2008).

Ainda no século XIX, os conflitos e guerras resultantes de um contexto social abarcado pelas diversas mudanças políticas evidenciavam a necessidade de algo que fosse capaz de aliviar a dor dos envolvidos. A utilização destes elementos e novos medicamentos que cumpriram com tal designação foi um grande marco para o período (Vargas, 2008).

Os exemplos supracitados confirmam a fala Fiore (2006) de que o consumo de substâncias psicoativas é um fator histórico e as atitudes de determinadas sociedades no que diz respeito a isto sofrem alterações de acordo com conformações políticas, econômicas, culturais, religiosas, sociais, ideológicas. São reguladas pela teia de significados simbólicos advindos dos diversos contextos (Moraes, 2008; Fiore, 2006).

Quando se toca no assunto drogas o debate constitui-se incerto e perpassa pelo discurso científico construindo-se ora como uma questão de segurança, ora como uma questão de saúde pública (Garcia, et al. 2008). Há a configuração de feições sociais as quais se transformam em um “problema” que tem como sustentação a dicotomia entre criminalização e medicalização, que segundo Fiore (2006) *se convencionou chamar contemporaneamente como “questão das drogas”*. Porém, antes de explicitar os contextos sobre drogas, cabe assinalar o que são drogas. Como tal, estas fazem parte de uma categoria complexa a qual reporta não apenas o sentido de ser uma substância química que produz algum tipo de alteração física ou psíquica, mas adquire, ao longo de sua construção, outros sentidos para além dos aspectos biológicos (Vargas, 2002).

Vargas acrescenta que (2002, p. 02),

Quando questionados sobre "o que é droga", os usuários de "drogas" de uso "ilícito" de Juiz de Fora entrevistados responderam que "depende do sentido" que se atribui ao termo, estando implícito que há mais de um (...). Assim, ao lado da maconha, da cocaína, do LSD, dos cogumelos, dos inalantes, da heroína, do álcool e do tabaco, também foram arrolados antibióticos, anabolizantes, produtos químicos, agrotóxicos, medicamentos e alimentos em geral, além da Xuxa, do Flamengo ou do Vasco, do FHC e da "tia Glória". Enquanto uns afirmaram que "a droga, em si, é benéfica", outros disseram que "tem hora que tudo é uma merda, tudo é uma droga"

Segundo Velho (2003), este relativismo cultural se faz necessário, pois ameniza as tentativas de generalização das explicações que costumam basear-se somente nas premissas psicológicas e fisiológicas.

De uma maneira geral, 'drogas' fazem referência tanto a substâncias materiais como também designam, figurativamente, um juízo de valor; algo desagradável, importuno ou monótono. Sendo assim, a priori não se pode considerar ou definir uma droga quando se analisa isoladamente uma situação (Vargas, 2002)

As drogas são parte integrante da maquinaria e lógica capitalista de mercado e, através da utilização de recursos tecnológicos e científicos, tem-se a promoção da produção, distribuição e venda das mesmas, assim como a mobilização de um grande lucro para aqueles que se responsabilizam pelo seu comércio. Tanto as produções lícitas quanto as ilícitas estão inseridas na racionalidade do sistema econômico (Ribeiro, 2009). Para Bucher (1988) apud Pereira (2007), na medida em que o consumo de drogas acompanha a crônica da humanidade, pode ser referido como um fenômeno antropológico em sua essência.

Quando se fala em consumo de substâncias há, por parte do senso comum, uma vinculação direta com danos extremos a saúde, a percepção de uma falta de consciência por parte da pessoa que o faz e também a inevitável associação entre o seu uso e a doença que se dá através da idéia de dependência. Porém, vale ressaltar, que estas são idéias compatíveis com modelo da intolerância e guerra contra as drogas (Sodelli, 2010). Neste modelo acredita-se que há possibilidade de se chegar a uma sociedade livre do consumo de tais substâncias e enfatiza a eliminação da oferta destas em uma política de "tolerância zero" com relação aos usuários, mesmo aqueles que fazem uso moderado. As campanhas 'educativas' disseminam a mensagem única que prima somente pela abstinência: 'Diga não às Drogas' (Wodak, 1998).

Passos e Souza (2009) apud Fonsêca (2010, p.25) colocam que

O “diga não às drogas” é o estribilho dos programas de prevenção de cunho proibicionista. O público a que ele se destina é convidado a esquecer suas próprias experiências e opiniões e submeter-se a um pensamento único. Os programas proibicionistas apostam na força do medo, da moral e da informação científica.

Partindo do pressuposto que caracteriza o humano como um ser extremamente dinâmico e inacabado, Sodelli (2010) faz menção à grande dissonância entre o modo singular do homem e os objetivos proibicionistas no que diz respeito às drogas. Estas, por sua vez, podem também ser uma das possibilidades de diminuição de sofrimento e angústia existencial. Dessa forma, toda proposta que preconize a abstinência somente como única via para aproximação e tratamento de pessoas que fazem uso de drogas estará negando esta possibilidade humana e negando a subjetividade de quem não quer se utilizar desta abordagem.

## 2.2. O USO DE ‘DROGAS’

*“Maresia... Sente a maresia”.*

Gabriel O pensador (1997).

O fenômeno que traduz a vinculação problemática do sujeito com as ‘drogas’ vem sendo uma questão que tem preocupado os mais diversos segmentos e instâncias sociais a partir do momento em que se tornou visível o significativo aumento de usuários com danos associados ao uso de substâncias e visível também a intensificação do narcotráfico (Ribeiro, 1999).

Segundo dados do CEBRID (2005) verificou-se que em 2001, 19,4% dos entrevistados já haviam usado algum tipo de droga e, em 2005 este número foi para 22,8%, o que corresponde a uma população estimada de aproximadamente 11.603.000 pessoas, excluindo-se da análise o Álcool e o Tabaco.

Quando há referência às drogas, há também de se ter em mente que estas envolvem tanto as lícitas (como álcool e tabaco) como as ilícitas; e a importância de que seja marcada esta questão passa pelo fato de que são exatamente as drogas legais, que têm atingido o maior número de pessoas causando danos mais importantes. Pensando nisso, Noto e Galduroz (2009) apontam, segundo estudos, o álcool como responsável por cerca de 90% das internações por dependência.

De acordo com a revista Super Interessante (2002), a ONU estima que 1,5 bilhão de pessoas sofrem de alcoolismo, contra 55 milhões de dependentes de drogas ilegais. No Brasil, o alcoolismo ocupa o quarto lugar entre as doenças que mais incapacitam (Ministério da Saúde, 1997) e o tabaco recebe destaque para as substâncias psicoativas que mais acarretam prejuízos financeiros ao sistema de saúde em função de uma multiplicidade de doenças associadas (Ribeiro, 1999),

Segundo a ONU (2001), atualmente há 180 milhões de usuários de drogas no mundo. E de acordo com o relatório de 112 países no mês de dezembro de 2001, percebe-se um aumento no uso de drogas ilegais, demonstrado pelo aumento do consumo de maconha,

cocaína, heroína e anfetamina, que aumentou em 60% nestas nações entre 1996 e 2001. Além disso, triplicou a produção mundial de ópio e dobrou a de coca entre 1985 e 1996.

No que diz respeito à realidade nacional, Ribeiro (1999) elucida que as consequências diretas e indiretas do uso abusivo de substâncias psicoativas são percebidas não apenas no contexto da rede pública de saúde, mas principalmente nas várias interfaces da vida social: na família, no trabalho, no trânsito, na disseminação do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis, mulheres e crianças e no aumento da criminalidade.

O Brasil, por ser o maior país da América Latina e por conter muitas divisões de regiões, possui diferenças marcantes no que tange a peculiaridades culturais refletindo também numa variedade de cenário de uso de drogas psicotrópicas. O consumo de cocaína, por exemplo, concentra-se em algumas regiões do país (sul e sudeste) e é praticamente inexistente em outras.

Em relação aos dados sobre a prevalência do uso de qualquer droga psicotrópica houve, segundo o CEBRID (2005), bastante variação, tanto em relação ao sexo como à faixa etária estudada. No Brasil, como nos demais países com os quais nossos dados estão sendo comparados, o uso na vida de álcool foi maior para o sexo masculino quando comparado ao feminino. Ainda de acordo com o CEBRID (2005), a prevalência de entrevistados classificados como dependentes de álcool alcançou 12,3% da amostra, sendo maior para o sexo masculino (19,5%) do que para o feminino (6,9%). Em 2001, as prevalências obtidas foram, respectivamente, 11,2%, 17,1% e 5,7%.

Ainda fazendo menção às diferenças de padrão de consumo entre homens e mulheres, Noto e Galduróz (1999) apontam que também as drogas ilícitas (como exemplo: cocaína e maconha) são mais consumidas por homens e os medicamentos psicotrópicos (por exemplo, anfetamina) preferidos pelas mulheres.

Em relação ao estado civil da amostra estudada, ainda conforme CEBRID (2005), os dados obtidos mostraram que há um equilíbrio entre as pessoas casadas e solteiras (44,6% e 43,0%, respectivamente). Na comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005 nota-se que foram mantidas as porcentagens de desquitados-divorciados, ao redor de 7%. A classe socioeconômica que predominou foi semelhante ao observado em 2001, a classe C (36% e 37% respectivamente), porém houve crescimento da classe D, de 29,0% em 2001 para 36,0%

em 2005, ao mesmo tempo em que a classe E diminuiu de 10,0% para 6,0% em 2005, segundo os critérios utilizados para essa classificação nos dois anos (Abipeme, 1978).

Quanto ao grau de escolaridade, constatou-se que em 2005 28,3% dos entrevistados eram não letrados ou não tinham completado o primeiro grau, ao contrário de 2001 onde 35% estavam nessa categoria. Vale lembrar que, nesta categoria, estão pessoas da faixa etária de 12 – 17 anos de idade e, ainda cursando o ensino fundamental, inflacionando, portanto, a prevalência neste grau de instrução.

Em relação ao uso na vida de “Crack”, a porcentagem foi de 1,5% para o sexo masculino, dados de baixa precisão quando da expansão, o que corresponderia a aproximadamente 371.000 pessoas do sexo masculino que já tiveram contato com essa forma de cocaína. Esta porcentagem brasileira de 1,5% é bem inferior ao observado nos EUA com 3,3% (Samsha, 2006).

O conhecimento destas peculiaridades é de fundamental importância para subsidiar o processo de realização de políticas públicas. Porém, no Brasil, ainda há um déficit no conhecimento da real dimensão do consumo de drogas, o qual resulta numa carência de estudos relacionados (Noto e Galduróz, 1999).

O mapeamento acerca do uso de drogas no Brasil tem como proposta trazer alguns pontos conceituais entre a multiplicidade de usuários de substâncias psicoativas. Tal aspecto se faz fundamental para a compreensão do seu pensamento teórico e para a visualização das relações entre a construção de diferentes saberes e exercícios de poder, atravessados pelos singulares modos de intervir e pensar a problemática do uso e abuso de drogas. Nesse cenário entra a redução de danos.

### 2.3. CENÁRIO DA REDUÇÃO DE DANOS INTERNACIONAL.

*“Primum non nocere”*  
Hipócrates apud Petuco (2006)

A Redução de Danos é um tema de grande complexidade e como tal, esta abordagem se propõe a reduzir riscos e danos quanto ao uso de substâncias psicoativas. Para Andrade (2010) a RD pode ser facilmente pontuada a partir de suas práticas que se configuram em ações que visam à minimização dos danos ou riscos de natureza biológica, psíquica, social e econômica, provocadas ou secundárias ao uso e abuso de drogas, não necessariamente exigindo a abstinência ou redução do consumo dessas (IRA, 2013). Para Elias e Bastos (2011) tais medidas configuram-se em alternativas que envolvam menores riscos tanto para o consumidor quanto para a coletividade. Este tipo de abordagem abrange pessoas que não querem ou por algum motivo não conseguem interromper o consumo de drogas (Fonseca e Bastos, 2005).

Um marco histórico da Redução de Danos como ação designada para o consumo de substâncias ilícitas teve sua origem no continente Europeu, mais especificamente na Inglaterra com o relatório de Rolleston, instaurado em 1926. Este dizia que sujeitos que se encontravam em situação de dependência de opiáceos poderiam, desde que sob prescrição médica, receber tais drogas, com vistas a uma vida mais estável e com a possibilidade de diminuição das conseqüências danosas à sua saúde (O’Hare, 1994 apud Santos, 2008).

Nos anos seguintes alguns movimentos no contexto Europeu influenciaram a entrada da RD nas estratégias de Saúde Pública. Bastos (1998) menciona que o ano de 1984 foi marcando pela iniciativa das Associações locais de usuários de drogas (Junkiebonden), a qual, em resposta ao surto de contaminação das hepatites virais (em sua maioria do tipo B e C), deu-se o início da prática de troca de Seringas. Inicialmente a questão da disseminação do HIV não se mostrava evidente para os usuários de drogas injetáveis, apesar de já ser um problema emergente. Diante disso e com o objetivo prevenção à transmissão de doenças os usuários passaram a realizar a troca das seringas, o que levou ao primeiro PTS’s- Programa de troca de seringas.

Tal atitude dos usuários de substâncias veio trazer à luz a negligência sofrida por essas pessoas, tendo em vista que não havia até o momento nenhuma atenção especializada ou uma

ação que incluía em sua pauta a prevenção à contaminação pelo compartilhamento de seringas. O que se via até o momento eram medidas repressivas, as quais marginalizavam esta população ao invés de atender suas necessidades (Almeida, 2003).

Bastos, Karam e Martins (2003) apud Almeida (2003), incluem que é válido lembrar a participação ativa dos usuários e a responsabilidade da criação do Programa destinado a eles. Porém, a crescente participação dos profissionais de saúde fez com que a iniciativa fosse compreendida como uma medida e ação de saúde pública.

Outro marco histórico se deu na década de 1980, durante o crescimento da ‘epidemia’ de HIV e da consciência desta como sendo uma ‘problemática’ de saúde pública. Sua ação se convergia de um modo mais formal nos programas de troca de seringas (PTS) e nos tratamentos de substituição, estruturando dessa maneira respostas sociais mais flexíveis ao uso de substâncias psicoativas principalmente no Norte da Europa e nos Países Baixos (Fiore, 2006). Através do surgimento da questão da AIDS essas estratégias começaram a compor a pauta de discussões como possíveis práticas e abordagens de prevenção à transmissão do HIV (Petuco, 2006).

O Reino Unido no período de 1986 e 1987 se viu em risco iminente com a perspectiva de uma rápida disseminação do HIV entre os usuários de drogas injetáveis, dessa forma houve a iniciativa de um programa piloto de troca de seringas que seria desenvolvido principalmente na Escócia e Inglaterra (Stimson, 1998). Vale ressaltar que ele foi o segundo país a implementar um PTS. Segundo Stimson (1998) tais programas fizeram os primeiros desdobramentos de minimização/redução de danos e modificações no que diz respeito à filosofia de trabalho e práticas relacionadas aos serviços que lidavam com a temática das drogas.

Já Estados Unidos a idéia de um PTS foi recebida com grande resistência tanto por parte da população quanto por alguns políticos. A acirrada controvérsia acerca deste tipo de serviço foi tanta que desde o primeiro deles a ser instaurado pelo menos trinta e cinco pessoas foram presas (Lurie, 1998). A discussão acontecia em meio a um cenário político conturbado e que deixava clara a dicotomia de idéias acerca do assunto. Uma prova disso pode ser mencionada com um relatório publicado em 1992 pelo ONDC (Office of National Drug Control Policy), intitulado como: “Programas de troca de seringas: São eles efetivos?” o qual concluía que:

Não resta dúvida de que a distribuição de seringas favorece o consumo de drogas e solapa a credibilidade da mensagem endereçada a sociedade de que consumir drogas constitui um ato ilegal e moralmente condenável (Martinez, 1992 apud Lurie, 1998).

Os defensores, entretanto, também puderam explicitar seus argumentos a partir de um relatório do General Accounting Office (GAO), o qual citava o PTS como uma estratégia promissora (Petuco, 2006).

Pode-se dizer que a postura americana negativa com relação à Redução de danos se deve ao fato desta não envolver necessariamente incompatibilidade com o uso continuado de drogas. Sendo assim, Drucker & Clear, (1998) apud Fonseca e Bastos (2005) mencionam que a intensa contestação com relação à RD pode ser entendido pelo processo histórico de ‘guerra contra as drogas’ na história social americana.

Bastos et. al (2006) fazem menção acerca da América Latina a qual possui uma abordagem que compreende baixa tolerância ao uso, o emprego de táticas de repressão e busca uma sociedade livre das drogas. Porém, ao final dos anos 90 ações e mobilizações que visavam a prevenção dos usuários de drogas injetáveis e de não injetáveis começaram a ter sucesso tendo destaque para a Argentina e Brasil.

A filosofia de redução de danos é defendida e difundida mundialmente pela Associação Internacional de Redução de Danos (IRAH). Esta foi a primeira ONG que trabalhou com RD no mundo inteiro, conforme apontou Gorgulho (2008), fazendo interface entre o consumo de substâncias e a disseminação do HIV e da hepatite, e depois pensando mais na questão do tratamento de abstinência. Após algum controle dessa forma de infecção por uso de drogas injetáveis o grupo partiu para a busca de alternativas de tratamento de substituição que não fosse só de abstinência. Tal associação é considerada nos debates e nas definições de políticas dos organismos das Nações Unidas como interlocutor de peso que traz outra percepção dos usuários de substâncias, bem como, promove pesquisas sobre as diferentes formas de tratamento e também sobre epidemiologia. As grandes ações são as conferências internacionais que acontecem todos os anos nas quais são apresentados os desenvolvimentos, campo dos achados médicos, psicológicos, sociológicos e antropológicos, além da inclusão de novos profissionais nesse debate (Gorgulho, 2008).

No contexto da saúde a sincronização das políticas públicas com a Redução de Danos inclui novos profissionais como: enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais, e profissionais da mídia e possibilita o desenvolvimento de novas práticas destinadas ao tratamento do usuário as quais reconhecem sua condição de sujeito do processo terapêutico (Petuco, 2006).

## 2.4 CENÁRIO DA REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL.

*“A gente sempre deve sair à rua como quem foge de casa.  
Como se estivessem abertos diante de nós todos os  
caminhos do mundo”.*

Mário Quintana (1989)

No cenário brasileiro são visíveis as alterações dos padrões de consumo de drogas e embora a política seja voltada para a redução da oferta, através da repressão ao uso e ao tráfico de drogas, as ações de redução de danos têm sido legitimadas por meio de programas de excelência (Bastos e Fonseca, 2005). Porém, é perceptível que nesse percurso a história da RD no Brasil possui nuances e meandros complexos de serem abordados em sua totalidade.

O primeiro estado a implementar a política de RD foi São Paulo, mais especificamente a cidade de Santos, no final da década de 80. A intensa disseminação da AIDS e outras infecções entre usuários de drogas injetáveis esboçavam na cidade um quadro epidemiológico relevante (Petuco, 2006). Havia também neste contexto uma efervescência político-sanitária e o momento histórico era marcado por disparadores que permitiram a transformação da realidade nacional, dentre elas: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986; a nova Constituição Cidadã, em 1988; e as leis 8080 e 8142 que instituíram o Sistema Único de Saúde.

Em setembro de 1989, na interface do primeiro seminário de AIDS no município de Santos foi anunciado que durante os dias subseqüentes o programa de AIDS local iria iniciar a troca de seringas. Porém, antes da implantação de tal ação houveram intensos ataques, advindos da mídia, igreja, justiça entre outros setores da sociedade, que foram direcionados aos idealizadores desta estratégia (Bueno, 1998). As ações foram suscitadas contra o coordenador do Programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita e também ao Secretário de Saúde, David Capistrano, que tiveram de suspender o PTS, sob ameaças de prisão. Tal ação judicial explicitou o momento em que as políticas de HIV/AIDS entrelaçadas com a RD foram de encontro ao limite imposto pela justiça (Souza, 2007). Pode-se dizer que fazer redução de danos estava equiparado ao crime de tráfico de drogas, segundo os promotores santistas (Petuco, 2006).

Outra tentativa de implementação da RD através da troca de seringas se deu em 1994 e abarcou o mesmo erro de estratégia. Com a programação e planejamento de um conjunto de

iniciativas voltadas à prevenção que se iniciaria no Dia Mundial de Luta Contra AIDS (1º de dezembro de 1995), o Programa de AIDS local resolveu se antecipar e divulgou que haveria também o início da intervenção de troca de seringas. Novamente a promotória em Santos esboça um posicionamento contrário e o projeto mais uma vez foi suspenso (Bueno, 1998).

Fábio Mesquita (1998; p.102) acrescenta que:

Não obstante a relevância dessa ação legal retrógrada, não se pode dizer que esse foi o único obstáculo à implementação de uma política correta de prevenção à epidemia de HIV/AIDS entre os usuários de drogas injetáveis no Brasil. As estratégias de Redução de Danos, que vinham obtendo enorme sucesso em todo o mundo, sofreram aqui orquestrada oposição, que concluiu, de forma acrítica, que aqui no Brasil elas não funcionariam.

É válido colocar que um dos grandes equívocos das tentativas supracitadas foi o de ter divulgado o Programa de Redução de Danos sem ter o mínimo de respaldo que permitisse sua continuidade (Almeida, 2003).

O segundo estado a adotar a RD no Brasil e também o primeiro programa a ser implantado com sucesso foi o de Salvador (Souza, 2007). Em 1994, o PRD da cidade conseguiu se instituir como projeto de extensão vinculado ao curso de medicina e ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD-UFBA). Como havia um respaldo da academia e estando em ambiente próprio para pesquisa e extensão, a RD pode ter continuidade em suas ações. Após isso houve o surgimento do Programa em outros lugares do Brasil. Inicialmente em dez Estados os quais são: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Ceará e Bahia. (Almeida, 2003; Souza, 2007). De acordo com Souza (2007; p. 73).

A implementação dos PRDs ocorreu de forma singular em cada município: em alguns casos, as Unidades Básicas de Saúde se tornaram instituição de referência; em outros, foram os programas municipais de DST/AIDS, em outros ainda, foram os Centros de Referência Nacional de Álcool e Drogas (...) eram unidades de referência da Coordenação de Saúde Mental/MS e do Conselho Federal de Entorpecentes/MJ.

Em 1995, no Ministério da Saúde (em Brasília) foi elaborado o projeto de redução de danos da cidade de Porto Alegre/RS e tinha como principal objetivo prevenir a transmissão da AIDS entre as pessoas que faziam uso de drogas injetáveis (UDI). A grande necessidade desta

implantação justificava-se a partir de dados epidemiológicos que apresentavam a região Sul como a segunda maior no caso de HIV positivo (Siqueira, 1998). O projeto foi apresentado à comunidade de forma cautelosa e em janeiro de 1996 foram iniciadas as reuniões para sua implantação e também os primeiros contatos diretos com os UDI's para orientações de ações voltadas para RD (Siqueira, 1998). Concomitantemente a este processo surgiram também posicionamentos contrários à implementação de um projeto desta natureza em Porto Alegre. Estas vozes antagônicas eram em sua maioria ligadas a alguns setores da Igreja Católica, como por exemplo: o grupo Amor Exigente (AE) e algumas Comunidades Terapêuticas (CT's), porém observou-se também resistências da própria comunidade (Siqueira, 1998).

Em 1998, Fabio Mesquita, importante idealizador das atividades da RD em Santos, foi o responsável pela organização da IX Conferência Internacional de Redução dos Danos Causados por Drogas a qual foi presidida pelo Brasil- cidade de São Paulo (Pereira, 2007). Este evento se tornou importante palco de articulações de profissionais que trabalhavam como agentes redutores de danos havendo a participação de 55 países e mais de mil pessoas. Pereira (2007) coloca que este foi o 'ponta pé' inicial responsável pela criação e fundação de várias redes e associações, de forma que estas dessem continuidade ao movimento de RD. De acordo com Mesquita (1998) a visita de Jude Byne (UDI participante do movimento social de RD da Austrália) e Alex Wodak ao Brasil impulsionou a idéia latente de uma movimentação maior entre Redutores e Usuários a partir de suas grandes contribuições para a Redução de Danos no cenário internacional.

Naquele mesmo período e diante dos embates e restrições sofridas pela Redução de danos nas esferas tanto Federal quando Municipal, é criada a Associação Brasileira de Redutores de Danos- ABORDA, que tinha como objetivo a articulação e capacitação dos PRDs, além da organização política dos redutores e usuários de drogas, a Rede Brasileira de Redução de Danos- REDUC, e também a Rede Latino Americana de Redução de Danos- RELARD (Pereira, 2007).

De acordo com Gorgulho (2003) apud Pereira (2007)

O Brasil é hoje o país onde o movimento de RD se encontra em estágio mais avançado na América Latina, com participação ativa no movimento internacional, através de pesquisas, divulgação e defesa desta proposta, publicação de trabalhos, engajamento de organizações governamentais e não-governamentais, além da garantia da legalidade destas ações em nível

federal, incluindo legislações específicas aprovadas em alguns estados e municípios.

Segundo Bastos (2001) o país tem uma política que faz valer o acesso aos medicamentos anti-retovirais e também para outros tipos de tratamentos (DSTs, tuberculose, entre outros), além da abordagem a um número considerável de usuários de drogas. Com isso, tais serviços se propõem a realizar um trabalho sistemático em rede para que sejam possibilitados espaços de cidadania a esta população alvo. Aos poucos ela deixa o caráter somente técnico de prevenção e se transforma em um novo paradigma

Porém, é importante também mencionar que o discurso que engrandece a tão almejada cidadania não deve bastar em si mesmo, sendo de suma importância a transformação das falas em ações concretas e palpáveis.

## 2.5 REDUÇÃO DE DANOS NO DISTRITO FEDERAL.

*“nós temos nossa teoria também;  
vamos construir algo novo.”*  
Spink, (2004).

No Distrito Federal, a Redução de Danos surgiu a partir da percepção de algumas pessoas, as quais, frente aos dados disponibilizados pela Vigilância Sanitária da Coordenação de DST/AIDS, participavam das discussões que atrelava a RD a uma estratégia alternativa de prevenção às DSTs/AIDS. Tais dados mencionavam que da totalidade dos casos de HIV positivo do DF, 22% estavam relacionados ao uso de drogas injetáveis. Em 1998, houve a participação de alguns profissionais que estavam envolvidos com este processo na IX Conferencia Internacional de Redução de Danos, o que possibilitou o contato com diversos atores envolvidos com a temática e também com diversos técnicos de projetos de RD que estavam se desenvolvendo no país (Pereira, 2007).

Segundo Pereira (2007), neste mesmo ano, no mês de abril, o Projeto de ação inicial de RD foi apresentado à Coordenação do Programa de DST/AIDS, sendo nos meses subsequentes realizadas reuniões entre pessoas envolvidas com a saúde/assistência social e na formulação de políticas do DF e os idealizadores do projeto para que as propostas pudessem ser levadas a maiores instancias de aprovação. Pensando por esta ótica Filho et al (2009, p.304) acrescenta que

O desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos eficazes e factíveis depende da efetivação de novas parcerias para ser otimizada (...) que tragam novas possibilidades, melhorias e avanços para ações frente aos usuários de drogas.

Em agosto de 1999 o financiamento do projeto foi liberado, porém, tendo em vista algumas dificuldades operacionais por parte da Secretaria de Estado de Saúde do DF, o recurso foi somente disponibilizado, de fato, em 2000 (Pereira, 2007).

Pereira (2007) coloca também que o PRD- DF compõe à Gerencia de DST/AIDS da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e segue os mesmos pressupostos das diretrizes do ministério da Saúde. Sendo assim, ele trabalha com a perspectiva da Prevenção das DSTs, como por exemplo, a hepatite B e C e também o HIV/AIDS.

As atividades estão sendo incorporadas à rotina de algumas unidades de saúde, e outras unidades estão sendo capacitadas para atenderem os usuários de drogas na perspectiva da redução de danos. Atualmente existem 15 redutores e uma supervisora de campo, contratados por uma ONG, para execução do trabalho de campo. Os redutores de danos passam por uma capacitação na qual apreendem algumas técnicas para atuarem em campo e também obtêm informações no que tange a temática das drogas. Eles fomentam espaços de escuta e de reconhecimento da singularidade de cada sujeito. Juntamente com os usuários, traçam estratégias promotoras de saúde e que, de alguma forma, garantam os direitos dos mesmos enquanto cidadãos (Fonseca, 2012).

O Programa de Redução de Danos do Distrito Federal – PRD-DF completou, em 2013, quatorze anos de existência. Este foi criado em acordo com as atuais políticas públicas - do Ministério da Saúde e também de políticas internacionais - na questão de uso de drogas. As áreas de atuação que são abrangidas pelo programa são divididas por núcleos. Cada um deles é composto por distintas Regiões Administrativas e acessado também por equipes diferentes. Cada núcleo é composto por três redutores. As áreas são: *Núcleo Norte*: Paranoá, Itapoã, Sobradinho, Varjão e Planaltina, *Núcleo Central*: CONIC, Rodoviária, Asa Norte, Vila Planalto e 'Favelinha', *Núcleo Leste*: Estrutural, Ceilândia, Taguatinga e Samambaia. *Núcleo Sul*: Gama, Recanto das Emas, Santa Maria e Valparaíso (Brasil, 2013).

## 2.6 REPERTÓRIOS DE EXCLUSÃO E O USUÁRIO DE DROGAS.

*“É difícil chegar  
Ultrapassar obstáculos dessa exclusão”.*

Ilê Aiyê (1998).

O Programa de Redução de Danos, por meio do redutor de danos, possibilita relações de trocas e vivências, em um campo no qual a exclusão com os usuários se configura em um símbolo, uma marca, estigma, significa algo de mal. O preconceito contra o usuário de drogas é acentuado pela escalada da violência relacionada ao tráfico, destacada pela mídia. Muitas pessoas acreditam que o usuário de droga está ligado ao crime. Tal percepção fortalece ainda mais a exclusão. Desse modo, compreender as nuances que configuram esta questão se faz importante para a composição do trabalho em questão.

A temática da exclusão torna-se complexa partindo do pressuposto de que, apesar das grandes reflexões sobre o assunto, vários autores ainda concordam que o termo adquire um sentido muitas vezes vago e impreciso do ponto de vista ideológico (Leal, 2004). Quando este é somado ao debate sobre a *“questão das drogas”* adquire muitas vezes um tom demasiadamente emocional, o qual emerge de uma discussão embuída de juízos de valor e moralidade (Fiore, 2006).

Quando se pensa na ideia de exclusão entrelaçada com realidade vivenciada pelos usuários de drogas, não se faz menção apenas à reflexão dos processos e fenômenos experienciados por aqueles que foram postos à margem, mas também aqueles que estão fragilizados, nos limites das zonas de coesão social e zonas de integração nas quais ressaltam-se a dialética entre inclusão e exclusão (Castel, 1998). Tal dialética desperta subjetividades que vão desde o ‘sentir-se’ incluído até a percepção da discriminação.

De acordo com Sawaia (1999), *“todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da*

*humanidade inserida através da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do economico*". Dessa forma, o autor coloca que o 'excluído' repõe e sustenta a ordem social e que este processo de inclusão perversa causa sofrimento ao sujeito. As populações que não fazem parte do processo de produção e coesão social são empurradas rumo à 'exclusão', e dentro desse contexto temos os usuários de drogas com relação problemática no que diz respeito ao consumo. Os efeitos perversos deste processo, os quais são vivenciado por estes sujeitos, se constituem a partir de um conjunto de experiências diversas entre si.

Os usuários de 'drogas', através destas experiências diversas, assumem uma nova representação social devido ao status de ilegalidade da substância que é projetado em sua personalidade. Tais representações estereotipadas relacionam estes indivíduos ao crime, loucura, violência, e como isto resulta em ruptura de laços sociais ou ainda na impossibilidade de acesso aos bens materiais e simbólicos. Esta posição assume uma dimensão moral e não está dissociado de julgamentos com mesmo cunho. Neste contexto, a exclusão advem como resultado de uma relação que restringe indivíduo-droga sem que seja levada em consideração a dimensão também social do processo ou a pluralidade de perspectivas acerca do sujeito. (Leal, 2004)

Ao mesmo tempo em que não oferece alternativas ao sujeito, a 'exclusão social' vinculada ao uso de drogas produz reflexos nas políticas públicas e corrobora para a reflexão das ações direcionadas a esta população específica (Mota, 2005).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL.**

Compreender a Redução de Danos a partir do olhar do usuário de substâncias psicoativas em situação de rua.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- 1- Explicar o pensamento do sujeito sobre as ações de Redução de Danos.
- 2- Descrever o posicionamento dos sujeitos diante das ações de Redução de Danos.

## 4. CAMINHO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO.

A relação entre uma teoria e a realidade empírica tem no método o fio condutor e o formulador de uma articulação que se constrói no contexto e que advém de significados (Minayo,1993). Dessa forma, a pesquisa em questão foi qualitativa e utilizou-se do construcionismo social como método.

A abordagem qualitativa se afirma no campo do simbolismo e da subjetividade (Gondim,2003). Procura focar essencialmente o social como um mundo passível de significações e tem na linguagem ou “fala” a matéria-prima desta aproximação com o sujeito. A dialética qualitativa atua em nível das acepções e ações humanas e compartilha a idéia de ‘devir’ do conceito de cientificidade (Minayo, 2000).

A teoria conceitual metodológica do construcionismo social segundo Mello et al (2007), tem a linguagem como o espaço no qual as realidades são construídas socialmente. Como tal, será focalizado a partir da psicologia social e sociologia do conhecimento.

De acordo com Kenneth Gergen (1985, p. 266), o construcionismo se ocupa principalmente,

“dos processos pelos quais os indivíduos explicam, descrevem, ou de alguma forma, dão conta do mundo que vivem e inclusive de si mesmas”.

A investigação sob essa perspectiva transfere o *locus* da explicação dos processos de conhecimentos internos à mente para exterioridade dos processos e estruturas da interação humana. Nesse sentido, convida-se à investigação das bases históricas e culturais das mais variadas formas de construção do mundo. As descrições e explicações sobre este mundo são formas de ação social e permite identificar os sentidos atribuídos no cotidiano das pessoas (Gergen, 1985:267- 268). O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo

mais precisamente interativo por meio do qual as pessoas na dinâmica das relações, historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta. Estão entremeadas com todas as atividades humanas.

Para Filho (2012) não cabe no pensamento construcionista uma definição concreta e imutável sobre as coisas. Mas sim perguntas cheias de complexidades acerca das concepções vigentes que trabalham com a ideia de uma verdade factual independente dos contextos que emergem.

O Construcionismo Social como abordagem teórica metodológica permite captar o sentido da redução de danos para os usuários, tal como ele emerge das falas. Essa abordagem possibilita capturar o processo da produção de sentidos dentro dos contextos, já que se interessa por identificar os repertórios e, também as formas com as quais as pessoas descrevem sua compreensão e vivência de mundo. Os conteúdos expressos pelos indivíduos, que são essencialmente heterogêneos, traduzem o pensamento e o senso comum de um dado grupo (Spink, 2004). O Construcionismo Social entende o indivíduo em uma perspectiva social, na exterioridade dos processos e estruturas da interação humana e busca a compreensão dos sentidos e posicionamento atribuídos à vida cotidiana.

## **4.2 CONTEXTO DA PESQUISA.**

O cenário da pesquisa se configurou junto ao Programa de Redução de Danos. Como tal, este é vinculado à Gerência de DST/Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal- SES, e tem como sede o Centro de Saúde nº 11 de Brasília, situado na Asa Norte.

A pesquisa aconteceu no Setor Comercial Sul, localizado no Distrito Federal. O local está repleto de pessoas em situação de rua, e se configura em um forte cenário de consumo e venda de drogas. Durante o dia os usuários de substâncias se concentram nos estacionamentos (subsolo) e durante a noite ficam ao lado das lojas e restaurantes fechados. O tráfico de drogas acontece a todo o momento e envolve também mulheres e crianças.

Pensando o Setor comercial como ambiente que se constitui processo e produto das relações sociais, a concepção de espaço ao mesmo tempo em que envolve a forma (objetos contidos no local) envolve também a função (as ações que se fazem com relação ao objeto).

Sendo assim, o local de pesquisa é marcado pela forte relação entre o social, o território e o espaço, Os quais permitem sua apresentação enquanto instância social (Faria; Bortozzoli, 2009).

#### **4. SUJEITOS DE PESQUISA.**

Cinco indivíduos em uso de substâncias psicoativas que são atendidos pelos redutores de danos.

Os critérios de inclusão foram: sujeitos indicados pelo redutor de danos que auxiliou a pesquisa; com idade acima de dezoito (18) anos de ambos os sexos e que aceitaram participar livremente da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: Sujeitos que apresentaram comprometimento psíquico, identificados pelo Redutor de Danos juntamente com a pesquisadora.

#### **4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.**

A coleta de dados se deu através de uma Entrevista semi estruturada. Boni e Quaresma (2005) mencionam que nesta modalidade de entrevista são combinadas algumas perguntas abertas e fechadas, que possibilitam o sujeito discorrer sobre o tema em questão.

O roteiro norteador da entrevista foi elaborado pela pesquisadora, que tomou como base os objetivos específicos do projeto. Havia duas perguntas e estas foram seguidas com característica de uma conversa informal. Outros comentários foram acrescentados e não houve um tempo pré determinado para as questões fossem respondidas.

Antes da realização da entrevista, o sujeito entrevistado foi informado quanto à natureza da pesquisa, seus objetivos e condições éticas. O registro foi realizado por meio de gravação de áudio e posteriormente transcrito para análise de dados.

O anonimato dos participantes foi garantido por meio da utilização da abreviatura “E”, de entrevistado, seguida por numerais arábicos, em ordem crescente, conforme explicitado: E1, E2, E3, E4 e E5.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS.

As entrevistas foram categorizadas e analisadas a partir do mapa de associação de ideias. De acordo com Spink (2004 p.38)

“são instrumentos de visualização do processo de interanimação que possibilitam, entre outras coisas, mostrar o que acontece quando perguntamos certas coisas ou fazemos certos comentários.”

O Mapa nada mais é que uma tabela onde as colunas são definidas tematicamente. Tais temas irão refletir as duas perguntas norteadoras da entrevista. Conforme Spink e Lima (2004) é um recurso para produzir sentido e compreender determinadas passagens das entrevistas.

A técnica do mapa de associações de ideias envolve os seguintes passos: a) um processador de dados tipo *word for windows* para digitar toda a entrevista; b) constrói-se uma tabela com números de colunas correspondentes às categorias utilizadas; e c) utiliza as funções cortar e colar para transferir o conteúdo do texto para as colunas, respeitando-se a sequência do diálogo. (Spink, Lima, 2004, p.107-8).

Os trechos das entrevistas foram transcritos, respeitado a sequência de enunciação em colunas correspondentes às categorias descritivas que emergirão dos objetivos da pesquisa e da leitura da própria entrevista. (Pinheiro, 2004 p.195). O Mapa é uma tabela onde as colunas são definidas tematicamente articuladas com os objetivos da pesquisa.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS.

De acordo com a Resolução CNS N° 466 de 12 de dezembro de 2012 que dispõe sobre Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a pesquisa em questão se responsabilizou e se comprometeu em atender todas as exigências éticas que foram estabelecidas e respeitou o sujeito em sua autonomia e dignidade.

A participação dos indivíduos obedeceu a critérios éticos como a voluntariedade e a autonomia, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

(em apêndice). Tal documento se apresentou através de duas vias sendo que uma ficou em posse do sujeito e a outra com o pesquisador.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética para avaliação e aprovação da mesma, sendo que assegurará a confidencialidade das informações obtidas, a preservação da privacidade, proteção da imagem dos sujeitos de pesquisa e não estigmatização dos mesmos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos àqueles envolvidos.

Este projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, pelo parecer n.380.578.

## 5. RESULTADOS- SENTIDOS E POSICIONAMENTOS

A explicação e a descrição dos sentidos e posicionamentos sobre a redução de danos surgidos nos repertórios dos usuários se apresentam em seis dimensões: Redutor de danos como operador de novidade: “Índio trouxe cachimbo da paz”; mundos que se tocavam, mas não se penetravam; prevenção e saúde; oposição à Redução de Danos; produzindo subjetividades: a produção do cachimbo; problematização da Redução de Danos.

### 5.1 EXPLICAÇÃO DOS SENTIDOS

O ‘explicar’ envolve a formação de conceitos acerca de um determinado assunto. Isso se dá partir de vivências individuais e/ou coletivas que culminam em estoque de conhecimento para cada sujeito. Conhecimento explicado a partir de três dimensões que perpassaram por todas as entrevistas. São elas: Redutor de Danos como operador de novidade: “Índio chegou trazendo novidade. Índio trouxe cachimbo da paz”; mundos que se tocavam, mas não se penetravam; prevenção e saúde.

#### 5.1.1 Redutor de Danos como operador de novidade: "Índio chegou trazendo novidade. Índio trouxe cachimbo da paz".

A figura do ‘índio’ do cantor Gabriel O pensador (1997) corresponde ao redutor de danos, ou seja, simbologia do novo, daquilo que destoa do contexto cotidiano. A novidade explicitada aqui envolve uma relação com o usuário que ultrapassa o concreto, o palpável, no que tange a concepção de alteridade. Pode-se dizer que a consciência da experiência vivida do redutor com os usuários perante o fenômeno do uso de substâncias, é livre de preconceitos. É um entendimento na qual o juízo de valor fica de fora. O redutor de danos, enquanto sujeito

participante desta lógica, fazendo referência à fala da usuária, transita entre os “dois mundos”. Ele possibilita ao usuário o acesso ao que lhe é de direito e possibilidades de existência da pessoa enquanto sujeitos de vontades e de desejos. Ele valoriza o sujeito no que diz respeito a uma função importante da sua estrutura psíquica que é o sentimento. Esta é a novidade que é identificada nas relações e expostas nas narrativas.

*E1: “Acho que ajuda mais é a... parte do sentimento... de mostrar o interesse... por algo... que assim... parece que tá esquecido... Largado assim... eu acho que é mais essa questão...”*

*E4: “São pessoas maravilhosas, né? Que sempre vem... Conversa... Chega pra conversar com alguma pessoa assim.. em particular...”*

*E1: “Sim... Sim... são pessoas super bacanas... super legais.. sabem chegar... sabem sair.. sabe quando não chegar...”*

A narrativa retrata o sentimento como uma peça importante que explica a redução de danos, a partir da consideração que existe para com o sujeito que se encontra na invisibilidade do cotidiano das ruas. A imagem do redutor de danos aparece no contexto que seduz e que capta justamente a sensação de cuidado que ela oferece. Não se pode esquecer que as drogas são coisas químicas, não são problemas, é parte da solução de problemas, é um momento de prazer, fusão e gozo total (Nery Filho, 2009).

De acordo com os usuários, o Redutor de Danos pode ser apreendido como aquele que em sua estrutura fornece condições e possibilidades de escuta, reconhecimento do outro e o acolhimento de suas diferenças (Fonsêca, 2012). Segundo Merhy (2004), há o encontro de duas pessoas que atuam uma sobre a outra, e desta interação simbólica surge momentos intersubjetivos. É o trabalho vivo em ato, o qual produz em cada um, efeitos singulares daquilo que é experienciado.

### **5.1.2 “Mundos que se tocavam, mas não se penetravam.”**

As narrativas dos entrevistados remetem a redução de danos a mundos que assumem novos contornos quando a consciência dá-se conta das diferenças do outro. Quando eu percepciono o outro que me percepciona, tenho a fundamentação da existência de um universo intersubjetivo. É essa existência que possibilita a comunicação mesmo em mundos

distintos. Robert E. Park (1916) apud Velho (2003, p.20) faz menção a mundos que coexistem e que se tocam, mas não se penetram. São mundos que de algum modo estariam demarcados tanto por fronteiras espaciais quanto por fronteiras morais.

*E1: “Eu acho que... Que é o início dá... é o início da conscientização até mesmo da população pra enxergar assim... o que acontece... Porque não é todo mundo que sabe.. é o mesmo... o dia a dia.. É a mesma vida... Mas é como se fosse um submundo... São dois mundos.. É como se fosse um mundo paralelo... E vocês estão ali... Vocês podem ver isso...”*

A fala acima mostra que apesar de existir um sistema comum e compartilhado de crenças e valores que conforme Velho (2003) perpassam o coletivo com relação ao dia a dia ou até mesmo a vida dos sujeitos “*é o mesmo... o dia a dia... É a mesma vida...*”, existe também, ao mesmo tempo uma definição de realidade que não abrange a todos: “*Mas é como se fosse um submundo... São dois mundos... É como se fosse um mundo paralelo...*”.

Os mundos que se tocam possibilitam uma conscientização, uma base construída em simples interação com as situações do cotidiano dos usuários, E4: “*Dá uma... tipo, uma base, né... do que se passa...*”, E1: “*Eu acho que... Que é o início dá... É o início da conscientização até mesmo da população pra enxergar assim... O que acontece...*”. De alguma forma, a redução de danos juntamente com seus trabalhadores fazem emergir a situação local dos usuários de drogas, a invisibilidade destes perante o resto da sociedade e permite, com a sua presença no local, uma maior aproximação com estes sujeitos.

Velho (2003, p.19) acrescenta

“Enfatize-se o fato de centenas de pessoas passarem por ali, no espaço de uma hora sem se deterem para quem eram esses transeuntes?”

Mundos que se tocam, mas nos quais se fazem perceptíveis as diferenças para que não se penetrem. Nas narrativas os usuários identificam inclusive que a ação de redução de danos é uma prática alvo de discriminação: E2: “*quem quiser discriminar você por esse trabalho de vocês aí... é um safado...*” A palavra “*discriminar*” perpassa a todo o momento, direta ou indiretamente, pelas entrevistas e explicita a idéia de ‘condição de exclusão’, tanto do usuário quanto do redutor. Tal noção demonstra também o movimento da diversidade de papéis e domínios como evidentes descontinuidades e contradições entre estes, desta forma, torna-se

claro que os redutores de danos, e sua atuação, estão incluídos no processo de estigmatização (Velho, 2003).

### 5.1.3 Prevenção de Saúde

A explicação aqui apresentada traz a geometria do vivido, ou seja, o universo de significações das experiências individuais dos usuários com os profissionais da redução de danos que geralmente são identificados como ‘pessoal da saúde’. As ações de redução de danos estão associadas ao conceito de prevenção as quais são intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas. A base do discurso preventivo e seu objetivo podem ser identificados como: o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças crônica degenerativa entre outros agravos específicos. Tais repertórios foram identificados nas narrativas.

*E1: “Redução de danos... é... é a prevenção... assim... até mesmo pelo lado da saúde...”*

*E5: “... quando fala em redução de danos o pessoal tem assim. Saúde, né.”*

*E4: “Se você transar sem camisinha você pode pegar uma doença...”*

*E3: “é bom... proteger...”*

O conhecimento que é passado pelos agentes de saúde (seja o trabalho do PRD, ou do Consultório na Rua, ou outro serviço especializado em abordagem de rua) ainda possui a visão dicotômica de saúde e doença e pautam as abordagens em critérios biomédicos em detrimento daqueles vigentes das ciências sociais. Um exemplo disso se dá quando os usuários explicam a redução de danos mencionando, em sua maioria, palavras que se referem ao mundo biomédico (AIDS, bactéria) e que quase sempre estão relacionadas a uma pedagogia do terror imbuída na fala dos mesmos (Macrae, 2004).

*E5: “... eles também têm medo de morrer... aí se protege porque a AIDS mata né não?”*

*E1: “... pelo lado da saúde... pra você não... não ficar doente...”*

*E5: “... Ajuda a não pegar bactéria.”*

*E4: “passar uma latinha pro seu colega você pode pegar uma doença também...”*

*E1 “não compartilhar o mesmo cachimbo... a mesma lata...”*

As falas refletem não os fatores socioculturais que perpassam o consumo de substâncias e práticas relacionadas à saúde, em seu sentido holístico, mas sim a relação de causalidade positivista biomédica do agente patogênico (AIDS, hepatite,) e o organismo (usuário) (Macrae, 2004). No momento em que o usuário fala em “*não compartilhar*”, há sempre uma menção de controle sobre a saúde e doença e a reprodução *Ipsis litteris* do controle que pode ser exercido pelos profissionais de saúde (Carvalho et.al, ano, p. 2).

## **5.2 DESCRIÇÃO DOS POSICIONAMENTOS**

O ‘descrever’ pode ser caracterizado como um ‘retrato verbal’ de pessoas, sentimentos, pensamentos. É o ato de narrar. Partindo disso, os posicionamentos que emergiram nas narrativas trazem aspectos relacionados à problematização da redução de danos, oposição à redução de danos e ‘produzindo subjetividades’: produção do cachimbo.

### **5.2.1 Oposição à Redução de Danos**

As narrativas construídas ao longo das entrevistas explicitaram posicionamentos contrários à Redução de Danos com relação a algumas práticas utilizadas durante a aproximação com o usuário de ‘drogas’. No que tange a esta pesquisa, a figura do cachimbo coloca à vista o julgamento moral, resultado de injunções sociais, que o entrevistado faz emergir.

*E3: “Não... aí foi um o erro seus fazer cachimbo... Porque o que eles mais quer é isso... cachimbos”.*

O cachimbo, segundo Rui (2012) representa violência, marginalidade, um objeto que de alguma forma estimularia este consumo de ‘drogas’. Assim como a figura do cachimbo, a

Redução de Danos, por vezes, é encarada como uma permissividade, uma dimensão moral sobre a questão (Valério, 2010).

*E3: “O cachimbo faz... o cachimbo faz usar mais ainda... Ficar mais pior o setor comercial... Fica mais pior ainda... Então não tinha que entregar cachimbo nenhum não.”*

*E3: “Um erro... Um erro grande... e grande! Porque eles passa e negocia pra outro.. faz negocio com outro.. pega um pouquim de coisinha com outro porque eu vejo eles ai direto.. Pronto! Porque se tem uma latinha.. eles encontra uma latinha.. Pra que ele vai querer cachimbo?”*

### **5.2.2 “Produzindo subjetividades”: A Produção do Cachimbo**

Segundo Macrae (2001) o ser humano precisa de elementos simbólicos que traduzam sua relação consigo mesmo, com o espaço e com o outro. Tal simbolismo no momento em que é demonstrado traz à tona a subjetividade, sobretudo a identidade do sujeito. O protetor labial, kit snif, os cachimbos, o material informativo, são só alguns dos elementos necessários, importantes, usados para uma aproximação inicial e para Brasil (2003) são recursos para disparar o desejo e possibilidade de outro encontro. Há o começo de uma vinculação com o indivíduo e, a partir daí, é estabelecida uma relação centrada em trocas mútuas. Neste encontro não há a idéia de “dar”, “salvar”, “curar”; a proposta é de fato a permuta e a construção de uma estratégia de redução de danos singular para cada um, para cada história de vida.

Pensando nisso, o cachimbo aparece, nas narrativas dos sujeitos, como se este objeto simbólico se configurasse na maior representação de consumo. O humano faz codificações das coisas por meio de significações e esse movimento elucida seu contexto humano e também social.

*E2: “Oh os cachimbo que eu faço aqui... (tirou da mochila três cachimbos e mostrou). Esse aqui (apontou para um que estava em suas mãos) é ferro, borracha e alumínio...”*

*E5: “aí eu to sabendo... que eu até recebia os cachimbo que vocês distribuía também...”*

A relação que se estabelece entre o usuário e o objeto mediador do consumo e do prazer configura o principal cenário de interação e vínculos sociais. A própria movimentação da redução de danos em informar acerca do “não compartilhamento”, emerge do pressuposto de que há minimamente uma interação com o outro (Rui, 2012; Velho, 2003).

*E4: “... e não pode emprestar o seu cachimbo pra ninguém...”*

O processo de construção de cachimbo permite a produção de saúde e o entendimento deste objeto como um ser que também é social e passível de interação. Ele faz parte do universo íntimo do sujeito e representa essa tendência de incluir em sua humanidade aquilo que é importante e que o acompanha nas dificuldades (Rui, 2012).

*E2: “... E um cachimbo... é tipo assim... tem de ser íntimo... é você e você... Só entrega pra uma pessoa se você ver que aquela pessoa merece.. Eu não dou meu cachimbo pra ninguém... Eu faço meus cachimbos... Esse aqui eu tirei pra mim usar (mostrou um outro cachimbo que estava no seu lado). Se minha mãe chegasse... e falasse.. ‘filho me dá aqui’... eu num dou não...”*

### **5.2.3 Problematização da Redução de Danos**

No momento em que os sujeitos entrevistados interpelam acerca da efetividade do insumo suscitam uma problematização que vai de encontro com o sentido que o Programa adquire para seu público alvo. Existe aí o questionamento ou até mesmo a desconstrução de uma lógica salvadora de que as ações de RD modificarão o comportamento do sujeito. O entrevistado provoca uma reflexão acerca dos reais efeitos e observâncias destas ações para alguns.

*E5: “Camisinha pra que moço? Pra bater punheta e não sujar a mão? (risos)”*

Observa-se que a fala que enfoca a medicina como verdade universal (uso do preservativo) é confrontada por outro fator implícito que corresponde aos aspectos sócio-culturais da saúde (o ‘porque’ do sujeito não encontrar no preservativo um sentido). Ao mesmo tempo em que há a identificação da distribuição do preservativo como algo bom a certeza de que isto evitará gravidez ou alguma doença não é palpável (Macrae, 2004).

*E3: “E para os outros... e outros drogados é bom também.. Mas que as vez não liga pra isso.. igual eu te falei.. tem as menina ai que tão gestante.. tem muitas né? Não liga.. não liga pra isso não.”*

Os insumos distribuídos são colocados num cenário solidamente pautado com visíveis parâmetros. Um cenário capitalista. Uma visão de mundo na qual a relação econômica também é necessária para a sobrevivência e negociação da realidade.

Diante disso, eles podem adquirir outra função. A de moeda de troca a qual retira do insumo toda a estabilidade e rigidez demonstrada no ato de sua distribuição. O ato de “não compartilhar”, o “evitar doenças” demonstra a verdade que o modelo biomédico adquiriu sobre a percepção individual (do redutor que faz a distribuição do insumo) e também coletiva (do discurso legitimado o qual é sabido por toda a população- usuário de ‘drogas’). Porém, a venda do insumo, a troca deste por materiais de qualquer espécie (dinheiro, substâncias) produz certa estranheza e até mesmo uma problematização no que diz respeito ao sentido que este adquire ao público ao qual é destinado.

*E5: “Oxi... Me contrata então... Eu faço cachimbo... Material bom.... Faço baratinho (...) Ah, eu posso fazer pra vocês por um preço barato... 4 reais?”*

## 6. DISCUSSÃO- ENTRELAÇANDO OS SENTIDOS E POSICIONAMENTOS

Entrelaçar o sentido e posicionamento dos sujeitos promoveu um diálogo intenso e um silêncio estrondoso, medida em que, muito foi dito e muito também silenciado.

A Redução de Danos no olhar dos usuários produziu aberturas nas relações petrificadas pelo código moral, o que remete a Foucault (1985), que considerava que o contemporâneo poderia ser capaz de adquirir um sentido quando se pode sustentar uma ética não mais suportada pela tradição nem pela razão, mas como um “artista de si mesmo”.

Artistas de si mesmos são os redutores e usuários em uma relação de ‘troca’ que traduz o cuidado presentificado no cenário da rua. O redutor, como uma figura que perpassa a vinculação dual entre sujeito e droga, oferta não só insumos, mas tecnologias leves que despertam no sujeito uma sensação de gratidão, sentimento este que pode ser explicado por toda realidade estigmatizadora que está imerso.

As narrativas, demonstram o tempo todo a nítida figura do usuário de drogas como também um sujeito de desejos, o qual clarifica em sua fala as suas vontades e subjetividades experienciadas e explicita também os posicionamentos e pensamentos acerca da temática proposta. A explicação do pensamento é apresentada de forma a enfatizar algumas relações entre redutores e usuários, e entre objetos e sujeitos. Nos repertórios, há também descrições que questionam a efetividade das ações do PRD. Efetividade esta que se entrelaça com aceitação e também com a idéia de apologia que tangem toda a estrutura do programa.

Os sentidos e posicionamentos também trouxeram a Redução de Danos como um dispositivo de diferenciação, que acena para a possibilidade de exercitar, conforme Foucault (1979), “micropolíticas dos agires”, enfatizando um ponto simples: o lugar do sujeito. O

sentido atribuído por um sujeito que “não tem lugar”, mas que tem posicionamento diante das intervenções as quais se submetem.

A proposta foi “fazer ver e falar” o sujeito que faz uso de substâncias. Para tal lança-se mão dos “encontros”, que podem ser considerados a fonte mais corpórea e significativa, visando dar visibilidade a este trabalho. A partir das vozes resultantes foi possível tecer interlocuções teóricas, percebendo-se um grito abafado por cidadania e por inclusão do usuário no mesmo coletivo que de alguma forma separa *os mundos* daqueles que fazem uso e daqueles que não o fazem. Esses “*dois mundos*”, ou até mesmo o “*submundo*”, os quais foram referidos como explicações desta realidade que é tecida pelo consumo de drogas, têm na figura do Redutor alguém que consegue de alguma forma atravessar a exclusão e os estigmas carregados por esta população específica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta construção certamente não tem a pretensão de uma obra finalizada, mas sim de socializar o sentido atribuído pelos usuários como algo que pode disparar processos de desalienação subjetiva e coletiva frente à dureza dos processos de normatização implícito nas ações com usuários de drogas.

A escuta se diferencia das tecnologias de si que disparam o confessar-se. Implica a escuta do desejo pela via da verdade do sujeito, no sentido de liberá-lo do assujeitamento a mandatos sociais que rejeitam o “singular”. O olhar dos usuários conduziu para a resignificação do “não ver”, o que alarga os nossos campos do sentir e perceber. Mesmo que apenas como um flash, quando ilumina uma cena, aponta-se aqui para uma possibilidade de abertura, de alargamento do olhar que tensiona esta resistência coletiva em deixar na invisibilidade e na mudez o que pensam e os sentidos atribuídos pelos usuários de substâncias psicoativas. A ideia é diminuir a cegueira e afinar a escuta. Sem mais nenhuma pretensão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABIPEME – Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado – **Proposição para um novo critério de classificação sócio-econômica**, 1978. São Paulo (SP): ABIPEME; 1978.
2. ALMEIDA, C.B. Conceitos de redução de danos: uma apreciação crítica. **Boletim de saúde**. V. 17, n.1, 2003.
3. ALVES, V.S. **Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do centro de atenção psicossocial (CAPSad)**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.
4. ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? **Revista de Psicologia e sociedade**. 2010. p 87- 94.
5. BASTOS, F.I. et al. The Children of Mama Coca: Coca, cocaine and the fate of harm Reduction in south America. **International Journal of Drug Policy**, 2007 pp. 99–106.
6. BASTOS, FI. “Por uma economia simbólica das trocas... de seringas”. In: BASTOS, FI & MESQUITA, F. (orgs.). **Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998. p. 91-100.
7. BISPO, A. Exclusão. In: MARUCHA, I.et.al. **IV canto Negro**. Sony, 1998.
8. BONI, V. QUARESMA, S.J. 2005. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevista em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Vol. 2. nº 1. jan-jul, 2005, p. 68-80.
9. BRASIL, C.S. **A perspectiva de Redução de Danos com usuárias de drogas: um olhar sobre os modos éticos de existência**. 2003. Dissertação (Mestrado em psicologia social e institucional). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003.

10. BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e combate à fome. Sumário executivo. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Abril de 2008.
11. BRASIL. **SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**, 2013.
12. BUENO, R. “Estratégias de Redução de danos em Santos, SP”. In: BASTOS, FI & MESQUITA, F. (orgs.). **Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998. p. 163-169.
13. CARROL, L. **Alice no país das maravilhas**. Editora: Jorge Zahar. Edição comentada, 2002.
14. CASTEL, R. **As Metamorfoses da Questão Social**. Tradução de Iraci D. Peleti. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
15. **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**. Diretrizes e Normas Regulamentadores de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Disponível em:  
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>  
**<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>**. Conselho.saude.gov.br
16. CONTINO, G. Cachimbo da Paz. In: CONTINO, G. **Quebra Cabeça**. Sony Music, 1997. CD.
17. ELIAS, L.A. BASTOS, F.I. Saúde pública redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2011 pp. 4721-4730.
18. FARIA R.M. BORTOLOZZI, A. Espaço, território e Saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Rev. RA'E GA**, Curitiba, n. 17, Editora UFPR. 2009 p. 31-41
19. FILHO, B. D. W. Construcionismo social: alternativa teórica para práticas em psicoterapia. **Psychiatry online Brasil**. v. 17. nº08. Agosto, 2012.
20. FILHO, N.; et al. **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador. EDUFBA: CETAD, 2009 p. 308. (Coleção drogas: clínica e cultura).
21. FIORE, M. Das controvérsias às cisões: O exemplo da Redução de Danos. In: **Uso de “Drogas”**. **Controvérsias médicas e debate público**. FAPESP, 2006. p. 97-118.

22. FONSECA E, BASTOS F.I. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências Americana, Britânica e Brasileira. In: Acselrad G. 2ª edição. **Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.
23. FONSÊCA, C.J.B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia e saberes**, 2012 pp. 11-36.
24. FOUCAULT, M. **O cuidado de si**. História da Sexualidade Vol. III. Rio de Janeiro:Edições Graal, 1985.
25. FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.
26. GARCIA, M.L.T. LEAL, F.X. ABREU, C.C. A política antidroga brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**, 2008. p. 257-266.
27. GERGEN, K.J. **The social constructionist movement in modern psychology**. Reprinted from **American psychology**. Vol.40. n° 03. Março, 1985.
28. GONDIM, S.M.G. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos**. Universidade Federal da Bahia. Paidéia, 2003. p. 149-161
29. **IRAH**, O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos, Londres, Grã Bretanha, 2010.
30. LEAL, GF. A noção de exclusão social em debate: aplicabilidade e explicações para a intervenção prática.In: **XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, ABPE. Caxambí-MG/. Set 2004.
31. LURIE, Peter. “Quando a Ciência e a Política Colidem: A Resposta do Governo Federal dos EUA aos Programas de Troca de Seringas”. In: BASTOS, Francisco Inácio & MESQUITA, Fábio (orgs.). **Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998. p. 73 - 86.
32. MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEIL, S.B. TOSCANO, JR. A. **Dependência de drogas**. Ed Atheneu. São Paulo, 2001 pp. , 24-35.
33. MACRAE, E. O uso ritual de substancias psicoativas na religião do santo Daime como um exemplo de redução de danos. In: FILHO, NA. Et. al. **Toxicomanias. Incidências clínicas e socioantropológicas**. Ed. Universidade Federal da Bahia. CETAD/UFBA. Salvador, 2009.
34. MACRAE, E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: TAVARES, L.A. ALMEIDA, A.R. MACRAE, E. FERREIRA, O.S. et.al., (orgs). **“Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador. EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004 pp. 27-48.

35. MELLO, R.P. Et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia Social. **Psicol. Soc.** Vol. 19. n° 03. Porto Alegre. Set/dez 2007.
36. MERHY, E.E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e Educação na Saúde.** Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: Caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p. 108-137, 2004.
37. MESQUITA, Fábio. “Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis - polêmica nacional”. In: BASTOS, Francisco Inácio & MESQUITA, Fábio (orgs.). **Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública.** Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998. p. 101 – 112.
38. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
39. MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou Complementariedade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, jul/set, 1993. p. 239-262.
40. MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2008. p. 121-133.
41. MOTA, LA. Drogas e Estigmas. In: **Trabalho apresentado na II semana de humanidades da UFC.** Abr 2005. Disponível em: [www.neip.info](http://www.neip.info).
42. MÔNICA GORGULHO. Álcool e outras drogas: a perspectiva dos direitos humanos dos usuários. **Rev. Diálogos.** Psicologia. n. 06, 2009.
43. NOTO A.R. GALDURÓZ, J.C.F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva.** 1999 pp. 145-151,
44. PAPALIA. D. E. **Psicologia do desenvolvimento humano.** Editora Artemed. Rio Grande do Sul. 2006.
45. PASSOS, E.H. SOUZA, T.P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra as drogas”. **Psicologia e sociedade.** 2011 pp. 152-162.
46. PEREIRA, V.F.S. **Um estudo da experiência de implementação do programa de redução de danos ao uso de drogas no Distrito Federal.** 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro. Out, 2007.

47. PETUCO, D.R.S. **Drogas e cidadania: uma análise comparada da implementação de políticas de redução de danos nas cidades de porto alegre e santos.** UFRS, Porto Alegre, jul, 2006.
48. PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In. SPINK, M. J.; (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximação teóricas e metodológicas.** 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2004.
49. QUINTANA, M. **A cor do invisível.** Ed. Alfaguara, 1989.
50. **RELATÓRIO CEBRID**, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, 2005
51. **REVISTA SUPER INTERESSANTE.** Drogas: O que fazer a respeito. Rio de Janeiro:Ed.Abril, Edição 172, jan.2002.
52. RIBEIRO, E. **A construção social do problema da dependência de drogas: estudo antropológico dos discursos e representações mantidos por instituições de tratamento em Porto Alegre/RS.** 1999. Tese de Doutorado. UFRGS, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Antropologia Social. 1999.
53. RIBEIRO, C.T. Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica para o fenômeno de uso de drogas na contemporaneidade. **Rev. Agora**, v. XII n. 2. Rio de Janeiro, jul/dez 2009 pp. 333-346.
54. RUI, T. “Isso não é um cachimbo”: sobre usuários de crack, seus artefatos e suas relações. **Áskesis - Revista dos Discentes do PPGS/UFSCar**, v. 1, n. 1, jan/jul - 2012, p. 32 – 45.
55. SAWAIA, B. et. al. **As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social.** Ed Voes, 2º Ed. Petrópolis, 2001.
56. SANTOS, V.E. **O objeto/sujeito da Redução de Danos: Uma análise na literatura sob a perspectiva da Saúde coletiva.** 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
57. **SAMHSA** – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. - Office of Applied Studies: 1999-2000 National Household Survey on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services, 2006. Disponível em: <http://www.samhsa.gov>)
58. SODELLI, M. A. Abordagem proibicionista em desconstrução: Compreensão fenomenológica do uso de drogas. **Ciência e Saúde coletiva**, 2010 pp. 637-644.

59. SOUZA, T.P. A redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007. [dissertação de mestrado].
60. SPINK, M.J. LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2004. p.93-122.
61. SPINK, M.J.P. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo. Cortez, 2004.
62. STIMSON, GV. “A Aids e o uso de drogas injetáveis no Reino Unido, 1987 – 1993: As Políticas Públicas e a Prevenção da Epidemia”. In: BASTOS, FI & MESQUITA, F. (orgs.). **Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998. p. 9 – 54.
63. SIQUEIRA, Domiciano, et alli. “O projeto de redução de danos no Rio Grande do Sul”. In: BASTOS, FI & MESQUITA, F. (orgs.). **Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998. p. 171 – 184.
64. VARGAS, E.V. Por uma genealogia das “drogas”. In: **XXVI REUNIÃO DA ANPOCS. GT13: Pessoa e corpo- novas tecnologias biológicas e novas configurações ideológicas**. UFMG, 2002, Caxambu.
65. VARGAS, E.V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, B.C. Et.al. **Drogas e Cultura: Novas perspectivas**. Ed. da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008.
66. VALÉRIO, A.L.R. **(Mal) dita liberdade e cidadania: A redução de danos em questão**. 2010. Dissertação (Mestrado em políticas sociais e cidadania) Universidade Católica de Salvador. Salvador, 2010.
67. VELHO, G. Projeto e Metamorfose. Antropologia das sociedades complexas. 3.ed. Rio de Janeiro: **Jorge Zahar** Ed., 2003.
68. WODAK, A. “Redução de danos e programas de troca de seringas”. In: BASTOS, FI & MESQUITA, F. (orgs.). **Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998. p. 55 – 72.

## APÊNDICE A.

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: A percepção dos Usuários de Substâncias psicoativas sobre a Redução de Danos.

O objetivo desta pesquisa é: Compreender a Redução de Danos a partir do olhar do usuário de substância psicoativa em situação de rua.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de entrevista (conversa) que o(a) senhor(a) deverá responder tendo tempo estimado para sua realização: 50 minutos. O registro será feito por meio de gravação de áudio e posteriormente transcrito para análise de dados. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário (ou entrevista). Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília – Faculdade Ceilândia podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Sra. Ana Carolina Oliveira Costa, na instituição Universidade de Brasília Faculdade Ceilândia telefone: 61- 93348829, no horário entre: 10:00 – 17:00.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

APÊNDICE B.

**Roteiro Orientador da Entrevista.**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

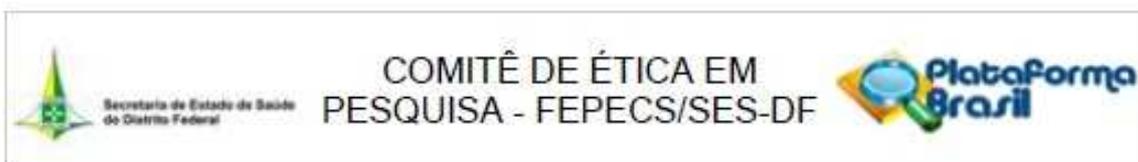
FACULDADE DE CEILÂNDIA

Entrevistador:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. O que você acha da Redução de Danos?
2. O que você acha do trabalho dos Redutores de Danos?

ANEXO 1 – PARECER DO CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A percepção dos Usuários de Substâncias psicoativas Sobre a Redução de Danos.

**Pesquisador:** JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 16498513.0.0000.5553

**Instituição Proponente:** Hospital Regional de Ceilândia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 380.578

**Data da Relatoria:** 19/08/2013

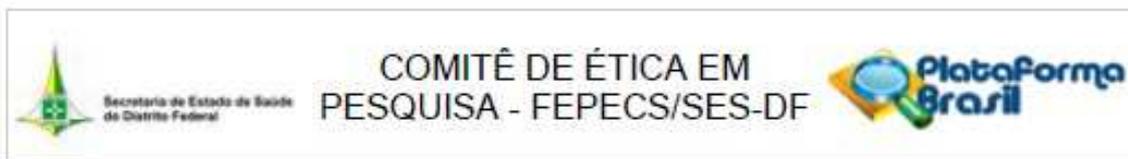
#### **Apresentação do Projeto:**

A Redução de Danos é um conjunto de estratégias de saúde pública destinadas a minimizar as consequências adversas do uso prejudicial de substâncias psicoativas. É uma prática voltada para o consumo de substâncias ilícitas e tem sua origem localizada no continente Europeu, mais especificamente Inglaterra; com o Relatório de Rolleston. (SANTOS, V. 2008 apud O,HARE 1994).Objetivo. Compreender a Redução de Danos a partir do olhar do usuário de substância psicoativa em situação de rua. Metodologia.abordagem qualitativa se afirma no campo do simbolismo e da subjetividade e coloca em destaque dois tipos de objetos de estudo- o físico e o humano, - quando afirma que diferentemente do objeto físico, o homem é capaz de ter uma reflexão sobre si mesmo e construir-se através das interações sociais. Local. Programa de redução de danos da secretaria de saúde do Governo do Distrito Federal. Sujeitos da pesquisa. Cinco (5) indivíduos em situação de rua que são atendidos pelos redutores de danos da secretaria. Instrumento. Entrevista semiestruturada.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender a Redução de Danos a partir do olhar do usuário de substância psicoativa em situação de rua.



Continuação do Parecer: 380.578

**Objetivo Secundário:**

**II. Objetivos Específicos:**

- 1- Explicar o pensamento sobre a Redução de Danos.
- 2- Descrever o posicionamento dos sujeitos diante da Redução de Danos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os objetivos do estudo estão claramente definidos. Os sujeitos foram adequadamente identificados. A beneficência para os usuários está clara. Os possíveis benefícios apresentam-se com maior magnitude em relação aos riscos aos sujeitos da pesquisa. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa se afirma no campo do simbolismo e da subjetividade e coloca em destaque dois tipos de objetos de estudo- o físico e o humano, - quando afirma que diferentemente do objeto físico, o homem é capaz de ter uma reflexão sobre si mesmo e construir-se através das interações sociais. Local. Programa de redução de danos da secretaria de saúde do Governo do Distrito Federal. Sujeitos da pesquisa. Cinco (5) indivíduos em situação de rua que são atendidos pelos redutores de danos da secretaria. Instrumento. Entrevista semiestruturada. Critérios de inclusão e exclusão: Descritos

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: Apresentada. Assinada pela Gerente do DST/AIDS na SES/DF.

Requerimento para parecer (CEP): Apresentado

Termo de Concordância: Apresentado

Curriculum Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados

TCLE: Apresentou.

Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento: Apresentada

**Recomendações:**

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados.

Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que só poderá iniciar após aprovação pelo CEP/FEPECS.



Continuação do Parecer: 380.578

O pesquisador deverá encaminhar relatório final ao término da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 02 de Setembro de 2013

---

**Assinador por:**  
luiz fernando galvão salinas  
(Coordenador)