

Redução de Danos – outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas

Dênis Roberto da Silva Petuco¹

A existência, porque humana, não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco nutrir-se de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras, com que os homens transformam o mundo. Existir, humanamente, é *pronunciar* o mundo, é modificá-lo.²

Hoje eu gostaria de construir um caminho reflexivo que nos permitisse ir para além das contribuições instrumentais da Redução de Danos, de sua dimensão preventivista. Como a Redução de Danos nos ajuda a pensar o cuidado de pessoas que usam de álcool e outras drogas? Que aportes clínico-políticos emergem quando nos debruçamos sobre a Redução de Danos, não como um cardápio de estratégias pontuais para drogas específicas, mas como um construto ético-estético já anunciado por Chico Bastos quando de seu famoso artigo “Por uma economia das trocas simbólicas... de seringas”³.

Mas há mais. Além disto, também quero hoje falar de uma Redução de Danos feita no Brasil, com nosso jeito, nossa cara, nossas ideias. Neste sentido, vou pular a parte em que costumo falar dos dois nascimentos da Redução de Danos (Inglaterra e Holanda), partindo direto para o contexto de sua chegada no Brasil, e dos diálogos estabelecidos com os movimentos da Reforma Sanitária, de luta contra a Aids e da Luta Antimanicomial

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde lança as bases para o Sistema Único de Saúde. O movimento de Reforma Sanitária mostra toda sua força, numa conferência que reúne mais de cinco mil delegados de todo o país, coroando um processo de mais de um ano, numa época em que se fazia estas coisas sem a internet (como conseguiam?). Em 1988, a Constituição Cidadã traz consigo o Artigo 196, dizendo que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Em 1990, as leis 8080 e 8142 instituem o SUS, em textos que ainda hoje se apresentam como potentes disparadores de movimentos de transformação da realidade política, econômica e social de nosso país.

Um ano antes da lei do SUS, temos em Santos a primeira experiência brasileira com Redução de Danos.

Eu acho interessante olharmos desse modo, porque percebemos em que caldo de reflexibilidade político-sanitária estávamos naquele momento histórico, quando Davi Capistrano, Telma de Souza, Fábio Mesquita e outros deram aquele primeiro passo, naquela primeira experiência. Santos é muito importante para nós, que estamos pensando em Saúde Mental e nas questões relacionadas ao uso de álcool e drogas, pois temos não apenas a primeira experiência de Redução de Danos, como também o fechamento da Casa Anchieta, momento marcante da Luta Antimanicomial brasileira. Dois marcos que acontecem no mesmo ano, na mesma cidade.

¹ Mestrando do PPG em Educação da UFPB; graduado em Ciências Sociais pela UFRGS; redutor de danos no CAPSad Primavera (Cabedelo, PB) e CAPSad Jovem Cidadão (João Pessoa, PB); consultor sobre Redução de Danos para a Secretaria de Saúde do Governo do Estado de Pernambuco.

² FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. p. 90.

³ BASTOS, Francisco Inácio. “Por uma economia das trocas simbólicas... de seringas”. In.: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio & MARQUES, Luis Fernando. *Troca de seringas: drogas e Aids*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids/Ministério da Saúde, 1998. p. 91-100.

A experiência de Santos foi absolutamente inovadora, e arcou com as consequências da inovação. Houve pessoas processadas pelo artigo 12 da antiga lei de drogas, o mesmo artigo que definia os crimes de tráfico. Então, fazer Redução de Danos em 1989 era tido, pelo menos pelos operadores do Direito em Santos, como um crime idêntico ao crime de traficar drogas. Lembro de Yasser Arafat, que dizia ter orgulho em ser chamado de terrorista, pois ele percebia que diversos lutadores da liberdade em diversos países do mundo também haviam sido acusados de terroristas em algum momento. Do mesmo modo, ser chamado de traficante por juízes ignorantes e conservadores não deve ser considerado como uma ofensa... Hoje, Telma de Souza é uma importante deputada federal, Fábio Mesquita trabalha para a Organização Mundial de Saúde, cuidando de aspectos da luta contra a Aids no continente asiático, e David Capistrano Filho é considerado um herói da Reforma Sanitária brasileira. Quanto aos juízes santistas que os processaram, alguém lembra seus nomes?

Em 1994, vamos ter o primeiro PRD que consegue se instituir e permanecer, em Salvador, como projeto de extensão do curso de Medicina, na UFBA. Protegida pela universidade, envolta em um ambiente de pesquisa, de extensão, a Redução de Danos conseguiu se desenvolver. O ambiente acadêmico permitiu um pouco mais as ousadias. Pesquisadores como Tarcísio Andrade, Antônio Neri, Gey Espinheira, bem como redutores de danos do quilate de um Marco Manso ou de uma Fátima Cavalcanti, desenvolvem-se neste caldo de cultura ao mesmo tempo rebelde e responsável. Na Bahia, a Redução de Danos chegou para ficar.

Apenas um ano depois é que o Programa Nacional de DST e Aids vai começar a investir em outras cidades. Aí, aparecem projetos-piloto em Porto Alegre, Itajaí, Rio de Janeiro e São Paulo. Em 1997, temos o surgimento da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA). Isso dá conta da própria articulação, da própria quantidade de Programas de Redução de Danos que surgiram naquele momento, a tal ponto de justificar inclusive a necessidade de um movimento de articulação entre todos estes projetos, em nível nacional.

Redução de Danos: aspectos epistemológicos

Mas, afinal de contas, o que é Redução de Danos? Há várias formas de defini-la, muitas delas interessantes, como as ministeriais ou dos pesquisadores que se dedicam ao tema. Eu prefiro a definição do movimento social, que encontramos no folder institucional da ABORDA. Ali está posto que a Redução de Danos é um paradigma, um conjunto de estratégias e uma política pública.

Gosto de pensar na Redução de Danos como paradigma. Sobre isto, é preciso que tomemos uma noção de paradigma comum às ciências humanas e sociais, ou seja: não estamos falando de uma ideia que substitui todas as anteriores, como no caso dos paradigmas das ditas “ciências duras” (e mesmo ali esta noção está ruindo, como vemos em Niels Bohr e Humberto Maturana). Estamos falando aqui de um paradigma que deve ser compreendido como uma nova forma de ver o problema, mas que não surge para substituir as formas anteriores. Como *mais uma* possibilidade de olhar e constituir uma

problemática, que se por um lado não se arroga o primado de ser a forma, o novo paradigma, por outro obriga todos os paradigmas anteriores a se repensarem. Não é mais possível esquecer que aquilo surgiu.

A Redução de Danos não chegou para derrubar, mas para dialogar criticamente com o que está instituído, porque acreditamos que temos contribuições que não se limitam àquilo que fazemos nas noites em que vamos a campo. Temos contribuições para o cuidado das pessoas que usam drogas que englobam ética, política e epistemologia. Assim, a Redução de Danos se apresenta como possibilidade clínica e política, ainda que grande parte de nós, redutores de danos, não sejamos exatamente “profissionais da clínica”.

Redução de Danos, SUS e Reforma Psiquiátrica: esgarçando movimentos instituintes

Gosto de pensar na Redução de Danos como uma intervenção política, a nos lembrar princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, esgarçando-os. Quando uma pessoa que usa drogas chega a um serviço de saúde dizendo que não quer ou não consegue parar de usar drogas, ela testa nossos compromissos com a Universalidade, com a Integralidade, com a Equidade. É para todos? Então inclui quem não quer parar de usar. Pensa o ser humano por inteiro? Então deve olhar para além do uso de drogas, acolhendo outras demandas, sem condicionar o cuidado à abstinência. Percebe o sujeito em suas singularidades, sem diminuí-lo? Então há que pensar projetos terapêuticos igualmente singulares. Por vezes, singularíssimos.

Estes elementos já estavam presentes na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Eles não são novos, bem sabemos, mas é a Redução de Danos que pergunta: “As pessoas que usam drogas têm estes direitos respeitados?”. Os movimentos políticos das prostitutas, das travestis, das pessoas que vivem nas ruas, os movimentos que trabalham com populações sobre as quais recaem efeitos do preconceito e da exclusão social, todos estes movimentos esgarçam os princípios do SUS, o tempo todo. Até onde vão estes compromissos? Eles realmente se efetivam aqui no cotidiano da vida, junto aos ditos “excluídos”, junto àqueles por quem nutrimos preconceitos?

Em relação à Reforma Psiquiátrica, a Redução de Danos faz esse mesmo movimento, mas com uma potência até maior, porque é uma potência do instituinte, e não do instituído. Ela é uma potência que se aproxima muito mais da Luta Antimanicomial que da Reforma Psiquiátrica. Considero importante fazer essa separação: a Reforma Psiquiátrica, com tudo que tem de maravilhoso e que precisamos defender, é um momento da Luta Antimanicomial, luta esta que existia antes da reforma, e que segue existindo depois. A Luta Antimanicomial é o movimento da vida transbordando, transformando a realidade com rebeldia e paixão, enquanto que a Reforma Psiquiátrica é quando tentamos dar contornos a este movimento vital, cristalizando-o em uma lei, a Lei Paulo Delgado. É importante defender o que está na lei? Claro que sim! Mas talvez seja ainda mais importante defender este espírito rebelde e transformador presente na Luta Antimanicomial. Vejo que a Redução de Danos, em suas relações com a Reforma Psiquiátrica, têm estas mesmas características rebeldes, que esgarçam princípios.

É preciso que mantenhamos esse pé na luta para que não nos deixemos capturar em processos de burocratização. Há muitas pessoas dentro dos serviços, dos espaços, dos fóruns, dentro da luta, que fazem esse movimento de desacomodação permanente. Os CAPSad, por exemplo, são dispositivos da Reforma Psiquiátrica, ou seja: são máquinas que fazem com que os princípios da Reforma saiam do silêncio dos documentos oficiais, ganhando à vida. Dentre estes princípios, alguns dos mais importantes são aqueles que nos falam sobre a preservação e ampliação da autonomia dos sujeitos; mas infelizmente, muitos CAPSad já nasceram recaídos, instituindo lógicas manicomiais. Para citar o amigo Rafael Gil, é como se o “ad” da sigla não significasse “álcool e outras drogas”, mas “antidrogas”. Pequenos manicômios que se expressam não em muros e grades, mas em práticas que aprisionam as pessoas em rótulos, conceitos, em perspectivas teóricas que diminuem a potência, em vez de trazer à tona todo o potencial de autonomia e cidadania expresso nos compromissos éticos e estéticos da Luta Antimanicomial.

A Redução de Danos produz este movimento instituinte, e é urgente que ela o faça, porque me parece que a Reforma Psiquiátrica brasileira pensou muito bem a clínica, os cuidados, as novas formas de acolhimento de pessoas com transtornos mentais, mas esqueceu que o cuidado e o acolhimento de pessoas que usam drogas também faz parte das atribuições do campo da Saúde Mental. Nos manicômios, sempre houve lugar reservado para bêbados e drogados; entretanto, os primeiros movimentos da Luta Antimanicomial não se preocupavam com estas pessoas. Paralelo a isto, a Redução de Danos, lá no campo político e reflexivo organizado em torno da luta contra a Aids, ia inventando coisas, expondo práticas manicomiais para os quais o próprio movimento da Luta Antimanicomial não prestava a devida atenção. E ainda que estivéssemos fazendo isto, era um pensamento que estava muito mais dentro do movimento de luta contra a Aids, do que da Luta Antimanicomial.

Novas palavras para novas práticas

Vou falar um pouco dessas contribuições que nós, da Redução de Danos, queremos trazer para pensar o acolhimento, o cuidado e a visão que temos de pessoas que usam álcool e outras drogas. Até porque o acolhimento, o cuidado e a visão são inseparáveis. O modo como vemos e escutamos essas pessoas já é o próprio cuidado, é inseparável do cuidado.

Eu quero colocar algumas reflexões sobre nossas palavras, sobre as palavras que tradicionalmente usamos quando nos dedicamos ao acolhimento e ao cuidado destas pessoas. Este foi o tema de um evento que o CRP/RS promoveu em 2008: “Outras palavras – diferentes olhares sobre o cuidado de pessoas que usam drogas”.

Mas por que “outras palavras”? Não é apenas uma discussão semântica do politicamente correto. Quando pensamos em palavras, estamos falando, na verdade, de conceitos. Os conceitos são o modo como nós instituímos essas pessoas nos textos científicos e nas políticas públicas. E, principalmente, os conceitos dizem da nossa forma de escutar essas pessoas, da nossa forma de ver essas pessoas, e de intervir do ponto de vista da saúde. Os conceitos não falam de uma realidade instituída lá na vida, mas falam do modo como olhamos para a vida, como escutamos a vida. Uma pessoa entra pela porta do CAPSad,

senta na nossa frente e diz: “Eu quero conversar com alguém”. São os conceitos é que vão permitir que escutemos mais ou menos ou, no pior dos casos, que fiquemos até mesmo surdos para algumas coisas. Ou acabamos escutando coisas com um sentido muito diferente do sentido atribuído pela própria pessoa que está falando conosco (o que, para mim, está próximo daquilo que o Pierre Bourdieu chama de “Violência Simbólica”)⁴.

Vejamos algumas destas palavras cotidianas: cada vez mais se repete a ideia de que vivemos uma epidemia do crack. Será que podemos mesmo considerar o crack uma epidemia? A partir dos nossos referenciais éticos, estéticos, científicos, epistemológicos e até mesmo políticos, de militantes da Luta Antimanicomial, essa noção de epidemia do crack tem a ver conosco, com o que acreditamos? Será que a ideia de enxergar o problema do crack como um sintoma social não nos diz muito mais? Para mim, é muito mais ampla. E de mais a mais, se usamos a palavra “epidemia” para pensar o crack, que palavra usaremos para pensar o uso de álcool? Se o crack é uma epidemia, o que é o álcool?

Mais palavras: até quando vamos repetir, com extrema ingenuidade epistemológica, que estamos lidando com pessoas cujo problema é a “dependência química”? Será mesmo que esta dependência é química? Quando começaremos a entender, de modo coerente a tudo o que temos produzido teórica e conceitualmente no âmbito da Luta Antimanicomial, que esse sofrimento é psicossocial, e que está para muito além de toda e qualquer percepção que vá cristalizar tudo em torno do químico, da relação do químico. Será que esses conceitos, essas noções, nos ajudam a pensar o cuidado e o sofrimento que aquelas pessoas que estão na nossa frente estão vivendo? Quando caminhamos pela Cracolândia, será que a noção de “dependência química” pode me ajudar a pensar, a cuidar? E finalmente: se estamos lidando com uma dependência “química”, que tipo de ajuda poderia emergir de um centro de atenção “psicossocial”? É justamente porque esta dependência não é “química”, que a atenção psicossocial ajuda, sim!

E o primado do simbólico? Do psicologismo? No outro extremo do que acabo de abordar, tenho não uma palavra propriamente dita, mas uma idéia. Se de um lado temos a noção de “dependência química” a nos apontar que tudo se resume à ação de uma droga sobre um sujeito assujeitado, do outro temos uma crença de que o cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam drogas se resume às questões da subjetividade, desprezando o corpo. Para nós, militantes da Redução de Danos, esta concepção soa muito estranha, tendo em vista o fato de que começamos nossa incursão pelo mundo do cuidado dedicando-nos a busca por estratégias de prevenção da Aids, das hepatites e de outras doenças infecto contagiosas. Cuidávamos do corpo, e cuidando do corpo, promovíamos saúde em toda sua integralidade. Oferecíamos seringas e outros insumos limpos, e com isto contribuíamos para a promoção de cidadania de pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social. Mostrávamos de modo bastante eloquente que corpo, mente e espírito não devem ser dissociados, jamais. Se Espinoza estivesse vivo entre nós, imagino que teria ficado especialmente feliz.

⁴ BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

Sigamos: será que temos na nossa frente um usuário de drogas? Será que é isso que essa pessoa é? Será que resumir estas pessoas apenas à suas relações com as drogas nos ajuda a pensar o cuidado? Essa pessoa que vem lá no serviço, ou que abordamos quando vamos fazer um trabalho de campo ou uma busca ativa, será que é isso que essa pessoa é? Será que ela é um usuário de drogas, ou uma pessoa em toda sua integralidade? No âmbito da saúde, a expressão “usuário” designa as pessoas que se utilizam de serviços públicos, como forma de diferenciá-los dos “pacientes”, ou mais, dos “clientes” que se utilizam do sistema privado (ainda que vejamos muitos técnicos utilizando a expressão “cliente”, a meu ver, de forma equivocada, confundindo o serviço de saúde com o consultório). Além do mais, a expressão “usuário de drogas” é jargão jurídico e policial. Será mesmo que ver estas pessoas como “usuários de drogas” nos ajuda a pensar na integralidade? Naquilo que estas pessoas são, para além de seu uso de uma ou outra droga?

E quanto à noção de “abstinência”? Lembro de um CAPSad que eu conheci, e que até 2008 não acolhia pessoas que estivessem em pleno uso de drogas. Para ingressar no serviço, era necessário estar em abstinência, e não foram poucos os casos em que tentávamos, a partir do Programa de Redução de Danos, aproximar pessoas daquele serviço, sem sucesso. Em um vídeo produzido pelo CFP⁵, o professor Dartiu Xavier diz: “Se fosse tão fácil parar de usar drogas, as pessoas não precisariam procurar ajuda”. Então, a noção de “abstinência” nos ajuda a cuidar destas pessoas, ou contribui para afastá-las dos serviços de saúde? Eu penso que diz muito mais à nossa ética de militantes da Luta Antimanicomial a ideia de um projeto terapêutico singular, radicalmente singular, em que a abstinência pode eventualmente ser alcançada em um processo, mas jamais colocada como objetivo pré-determinado já no início da caminhada.

Ainda temos mais palavras. Até quando vamos seguir trabalhando com velhos conceitos morais que nos falam de pessoas que não têm limites, de um tempo em que a principal clínica com pessoas que usam drogas era privada, dirigida aos filhos da burguesia e da alta classe média? Hoje, cuidando de meninos em situação de rua que não tiveram nenhum holding, nenhuma maternagem, ainda vale pensar deste modo? Trazemos até hoje a ideia de que estas pessoas não têm limites. Não estou propondo o outro extremo, do *laissez-faire*, pois este outro extremo me soa como uma radicalização do projeto neoliberal, do qual não sou parceiro. Mas, vamos dar ênfase ao limite, ou a um acolhimento incondicional? No CAPSad em que trabalho, na cidade de Cabedelo, elaboramos um folder que diz assim: “Se você usa drogas e quer parar, não quer parar ou não consegue, o CAPSad pode lhe ajudar”. Ficou uma rima meio forçada, mas que eu achei muito bonita e significativa dessa ideia de *acolhimento incondicional*, com a qual eu venho operando já faz algum tempo. Acolhemos se você quiser pensar o seu uso para parar de usar, e também se você quiser pensar o seu uso para seguir usando e reduzir danos. Se você quiser vir ao serviço, independente de qual seja seu projeto pessoal de cuidado, sua demanda, nós vamos te acolher. Lógicas de baixa exigência; algo que a Redução de Danos vem construindo faz já alguns anos.

⁵ O vídeo se chama “Fora de si”, e faz parte de uma série de filmes chamada “Não é o que parece”, produzida numa parceria entre o Conselho Federal de Psicologia, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, e o Canal Futura.

Não quero deixar de falar sobre uma palavra maldita, mas infelizmente bastante comum: “manipulação”. Das pessoas que usam drogas, diz-se serem extremamente sedutores e escorregadios. Seria preciso muita atenção para não terminar totalmente enredado em seus ardis, em suas “manipulações”. Diante disto, lembro do amigo Décio Castro, lembrando que manipuladores somos nós, que em nossas práticas de “cuidado”, muitas vezes operamos estratégias que desprezam a participação das pessoas de quem estamos cuidando. E eu lembro casos que muitas vezes vi, de pessoas ameaçadas de morte a buscar por proteção e encontrando como resposta a internação em fazendas terapêuticas de orientação religiosa. Que manipulação maior que oferecer tratamento religioso para pessoas que pedem proteção à vida?

Na Educação Popular, buscamos sempre o exercício de abertura à realidade do outro, e não àquilo que eu gostaria que fosse a realidade do outro. Imagino que existam considerações semelhantes em diversas correntes da psicologia. Freire nos fala de *dialógica verdadeira*⁶, num caminho que se faz radicalmente no caminhar, educador e educando lado a lado, na frente de um mato fechado, juntos abrindo o caminho. De minha parte, penso que as pessoas só buscam nos manipular quando tentamos cristalizá-las em nossos desejos. Uma frase pronta, bastante comum, é de que é preciso ter muita *resistência à frustração* para dedicar-se ao trabalho com pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Penso que esta frase é um sintoma desta prática, infelizmente bastante comum, de se construir projetos terapêuticos *para o outro*, e não *com o outro*. A psicanalista gaúcha Marta Conte costuma falar de uma clínica *com*, e não *para a* pessoa que faz uso problemático de drogas⁷. Quanto mais apostarmos na horizontalidade, nas construções compartilhadas, na *democracia psíquica*⁸, menos teremos problemas com frustração e manipulação.

Discursos heróicos e discursos desesperados

As novas palavras propostas neste texto/manifesto dizem respeito a objetivos bastante definidos. Busca-se aqui, deliberadamente, produzir uma ampliação de foco, uma maior abertura ao que nos dizem as pessoas que usam álcool e outras drogas. Uma *escuta radical*. Em ato e teimosia, afirmo uma suspeita: é preciso manter uma posição de *curiosidade respeitosa*, que pressupõe na pessoa à nossa frente o que Paulo Freire chamava “a ontológica vocação de ser mais”. Desta abertura emerge a possibilidade de ruptura com a ingênua ditadura moral e epistemológica que aprisiona as pessoas que usam drogas em apenas dois discursos, que chamarei de **heróicos** (aquele de quem superou o problema das drogas e se apresenta como exemplo), e de **desesperados** (aquele de quem não superou o problema e precisa desesperadamente de ajuda, qualquer ajuda).

⁶ FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

⁷ CONTE, Marta. *A clínica psicanalítica com toxicômanos: o “corte & costura” no enquadre institucional*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.

⁸ A expressão “democracia psíquica” foi cunhada por Claude Olievenstein, importante referência para a reflexão sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas.

Eis os discursos autorizados. São estes que vamos ler e ouvir na mídia, nos serviços públicos de saúde e assistência social, nas famílias, no trabalho, na sociedade de um modo geral. Vou insistir que não são os únicos. Aparecem como únicos porque autorizados, e as pessoas que usam drogas sabem disso, ou seja: sabem que manifestar-se de modo distinto implica na possibilidade de exclusão, de não acolhimento. Dizem os etnometodólogos que “o ator social não é um idiota cultural”⁹, e as pessoas que usam drogas avaliam, sim, os impactos de seus posicionamentos em suas relações sociais. Ou alguém ainda duvida que a expressão de demandas consideradas inaceitáveis implica em dificuldades para a inserção do sujeito em qualquer estrutura de cuidado, de proteção ou de assistência?

Neste ponto, sinto necessidade de esclarecer: não quero dizer que as pessoas que chegam ao CAPSad demandando apoio a projetos de abstinência estejam mentindo. Não estou dizendo que são mentirosas, tampouco que sejam manipuladores. O que busco questionar é: estas pessoas têm liberdade para ser algo diferente disso? Será que estamos impedindo as pessoas de *ser*? Será que elas sabem que podem dizer algo diferente do discurso heróico, ou do discurso desesperado? Sabem eles de nossa abertura para discursos diferentes? E mais: será que nossa escuta possui realmente tal abertura?

A Redução de Danos vai para campo buscando justamente os discursos dissonantes. Há mais que uma simples abertura aos discursos alternativos ao do herói e do desesperado, mas uma busca ativa por eles. A Redução de Danos foi construída justamente para que se pudesse acolher às demandas de quem usa e não consegue ou não quer parar. Para todas as outras demandas, existem outras tecnologias. A Redução de Danos surge justamente para este público que não se coloca nem como herói, nem como desesperado. Então, a Redução de Danos já surge querendo ouvir justamente estes outros discursos.

Cidadania para pessoas que usam drogas: um longo caminho

O silenciamento dos discursos alternativos ao heróico e ao desesperado traz problemas não apenas para a construção de políticas públicas capazes de acolher às pessoas que usam drogas em suas reais necessidades, mas também para o pleno exercício da cidadania ativa por parte de pessoas que usam álcool e outras drogas. Neste sentido, gostaria de trazer à reflexão dois exemplos históricos que podem nos ajudar a refletir sobre esta condição.

O primeiro é o movimento da luta contra a Aids. Todos devem lembrar que em algum momento trabalhamos com a noção de *grupo de risco*, palavras que determinaram a culpabilização de determinados grupos sociais, aumentando o estigma e o preconceito ao qual determinadas populações são historicamente vulneráveis. Com a emergência do movimento social de luta contra a Aids, estas pessoas deixaram de ser vistas como membros de *grupos de risco*, e passaram à condição de protagonistas das políticas de saúde. Prostitutas, usuários de drogas, travestis e várias outras populações passaram a ser chamadas à arena de debates, juntamente com governos, universidades, políticos e sociedade, discutindo as políticas e os conceitos, bem como as palavras e os seus efeitos de estigmatização.

⁹ COULON, Alain. *Etnometodologia*. Petrópolis: Editora Vozes, 1995.

No segundo exemplo histórico, penso nos desdobramentos deste processo de ampliação da participação destas populações na construção da resposta brasileira à epidemia de Aids. Com o tempo, estes grupos passaram a ocupar não apenas as arenas específicas sobre Aids, mas ampliaram o escopo de sua participação de modo a pautar outras lutas, situadas para muito além dos limites do campo sanitário. Questões como a regulamentação da profissão de prostituta, o combate a homofobia, a denúncia do extermínio de travestis, todas foram pautadas por grupos cuja expressão ampliou-se em muito a partir da emergência da Aids, entendida não apenas em sua face sanitária, mas como fenômeno político e cultural.

Creio que a Marcha da Maconha é emblemática para que possamos compreender os limites impostos aos discursos de pessoas que usam drogas. Pensemos nas dificuldades já superadas que o movimento gay enfrentou quando das primeiras tentativas de realização das Paradas Livres, e lembremos a quantidade de cidades brasileiras em que a Marcha da Maconha foi proibida. Quando proibimos a estas pessoas ganhar as ruas em caminhada, com cartazes e palavras de ordem, proibimos que se utilizassem de um direito conquistado a duras penas pelos movimentos democráticos brasileiros, em sua luta contra a ditadura. No exato momento em que proibimos às pessoas que usam drogas a utilização deste dispositivo de luta política, de pressão, neste exato momento estamos mandando para eles o seguinte recado: “Essas liberdades políticas que nós tão arduamente conquistamos quando enfrentamos a Ditadura Militar, quando conquistamos a abertura política, quando instituímos mecanismos de participação e fiscalização das políticas públicas no Brasil... Todo esse espaço, todo esse direito que conquistamos de ir para a rua, de nos manifestarmos politicamente... Todos estes direitos são vedados a vocês. Vocês não podem fazer isso. Não lhes autorizamos o uso dos mesmos dispositivos aos quais nós, cidadãos de bem, temos acesso. Não os autorizamos a ir para a rua, gritar palavras de ordem e levantar cartazes. Vocês, seus maconheiros, não têm esse direito”.

Mesmo proibidas, as Marchas da Maconha estão dando frutos. Em diversas cidades, é possível observar o florescimento de coletivos políticos formados por pessoas que usam drogas, com o objetivo de participar objetivamente na definição das políticas para drogas no Brasil, por meio da reflexão e da pressão política. Grupos como o Desentorpecendo a Razão, de São Paulo, e o Princípio Ativo, de Porto Alegre, são belos exemplos de que a participação política amplia os horizontes das pessoas envolvidas no processo. Uma afirmação como esta – de que a participação política amplia os horizontes – não deveria causar espanto. Se há consenso quanto aos benefícios inerentes à participação política, havendo inclusive investimentos públicos para ampliar e qualificar a participação da população na vida política do país, então por que é que o ativismo de pessoas que usam drogas é perseguido? Como é que se consegue sustentar tal absurdo em uma sociedade democrática?

“Cidadania faz bem à saúde”, costumamos dizer, mas nos assustamos a cada momento em que os dispositivos democráticos são utilizados para a expressão de demandas das quais discordamos, seja nas experiências de gestão de sistemas públicos de saúde, seja na assembléia de um CAPSad. Resquícios de nossa cultura autoritária, do paternalismo, de um poder tutelar que infantiliza o outro? Tenho para mim que sim. Neste sentido, a adoção de

palavras, de conceitos, de ideias que possibilitem a ampliação de nossa capacidade de escuta diante de pessoas que usam drogas apresenta-se não apenas como debate epistemológico, mas como parte das lutas pela democratização do Estado brasileiro.