ANA LUCIA MARINHO MARQUES

Políticas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam drogas no município de São Paulo/SP: uma análise desde a perspectiva da interseccionalidade

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Thereza Couto Falcão

São Paulo
2019

ANA LUCIA MARINHO MARQUES

Políticas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam drogas no município de São Paulo/SP: uma análise desde a perspectiva da interseccionalidade

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências
Programa de Saúde Coletiva
Orientadora: Profa. Dra. Marcia Thereza Couto Falcão

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Marques, Ana Lucia Marinho
Politicas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam drogas no municipio de São Paulo/SP : uma análise desde a perspectiva da interseccionalidade / Ana Lucia Marinho Marques. -- São Paulo, 2019.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientadora: Márcia Thereza Couto Falcão.

Descritores: 1.Politicas públicas de saúde 2.Desigualdades em saúde 3.Interseccionalidade 4.Redução do dano 5.Transtornos relacionados ao uso de álcool 6.Transtornos relacionados ao uso de substâncias

USP/FM/DBD-442/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

O verdadeiro foco da mudança revolucionária não está nunca meramente nas situações opressivas das quais almejamos escapar, mas naquele pedaço do opressor que está plantado profundamente em cada um de nós.
Audre Lorde, Sister Outsider*, p. 123*

Para Antônio, Samuel, Francisco, Rosa e Iara.
Pedaços de mim, que me inspiram cotidianamente
a criar motivações, possibilidades e sentidos
para as mudanças revolucionárias.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Orí, que até aqui sabiamente me conduziu.

À minha família. A nuclear: minha mãe Cida, meu pai Alvaro, Juliana, Alvinho, Rui e João. A expandida: avós, avôs, tias, tios, primas, primos, toda a corda de caranguejo... Especialmente, às minhas avós Maria Antônia e Maria Nazaré, minhas ancestrais, que vieram do sertão trazendo no matulão a coragem e a força feminina que me inspiram e me fortalecem na caminhada. E, por fim, a família inventada: José, Cecília, Paula, Cristina e os "cumpadres" Téo, Renata e Arthur.

Às interlocutoras e interlocutores que gentilmente abriram espaço em suas agendas para partilhar comigo suas experiências e conhecimentos. As entrevistas foram momentos de muito aprendizado e deslocamento. Gratidão imensa.

Ao Professor Ricardo Teixeira, que há exatos oito (!) anos, tomando um café no porão da faculdade, me disse a frase disparadora de um encontro muito alegre e que aumentaria minha potência de agir no mundo: "Acho que você deveria procurar a Profa. Márcia Couto para ser sua orientadora".

Meus mais profundos agradecimentos à minha orientadora, Profa. Márcia Couto, pela orientação, pela escuta, pelo encontro, pelo afeto. Obrigada por suportar minhas idas e vindas, minhas ausências, minhas repentinas mudanças de objetivos e por confiar em mim. Aprendi muito com você e com o seu olhar para a vida, para além dos reducionismos acadêmicos. Tenho aqui muita gratidão e admiração por você.

Aos participantes do grupo SIMAS (Saúde, Interseccionalidade e Marcadores Sociais das Diferenças), pelas reflexões, conhecimento compartilhado e muitas risadas.

À Banca de Exame de Qualificação: Profa. Dra. Maristela Moraes, Prof. Dr. André Mota, Prof. Dr. Gustavo Venturi. Agradeço todas as contribuições cuidadosamente realizadas naquele momento para o meu trabalho, e em tantos outros nos quais tive a oportunidade de aprender com cada um de vocês.

À Lilian e Goreti, por todo o apoio acadêmico.

Às colegas do Curso de Terapia Ocupacional da USP. Em especial, à Bete Mângia, Melissa Muramoto e Fernanda Nicácio, pela parceria de trabalho e por serem as minhas maiores referências éticas, políticas e afetivas no campo da Terapia Ocupacional em Saúde Mental.

Ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com ênfase em Dependência Química (não podia deixar de fazer essa citação, mas relutei a escrever o nome por extenso aqui, vocês devem imaginar!), todos os colaboradores, residentes, docentes, tutores

e preceptores: encontros inusitados e provocativos nesse aprender a conhecer, fazer, conviver e ser.

Aos colegas da ABRAMD – Fenomenologia e ao Coletivo Intercambiantes: *"Mudar o mundo, meu amigo Sancho, não é utopia, é justiça!"*

À todas e todos que em algum momento da vida se posicionaram no encontro comigo como meus "educandos": alunas de graduação, especializandos, residentes multiprofissionais... Agradeço por tudo o que me ensinaram. "E pela lei natural dos encontros, eu deixo e recebo um tanto..."

À Rossana, Pollyanna e Renata, trio pernambucano a quem atribuo minha reconexão com minha ancestralidade nordestina e pontos iniciais de uma rede (que só aumenta!), tecida com muito amor, frevo e bolo de rolo. Eu acho é pouco.

Não se escreve uma tese sozinha, embora seja um exercício por vezes muito solitário. Eu tive o privilégio de contar com muitas mãos, colos e ombros que me apoiaram e sustentaram esse processo com conselhos, mensagens motivadoras, abraços, correções de textos, partilhas éticas, aportes conceituais, bruxarias, sugestões e revisões bibliográficas, risos, lágrimas, chocolates, álcool e outras drogas. Esses agradecimentos finais especialmente dedico a: Adelaide Neves, Adriana Carvalho, Alda Roberta, Alethea Rorato, Ana Beatris Henrique, André Nascimento, André Negrão, Angélica Veloso, Aniara Nascimento, Anna Carolina Siqueira, Antonio Nery, Augusto Mathias, Bruna Drews, Carolina Donato, Cristina Freire, Débora Lopes, Diita Fontoura, Elda de Oliveira, Elisângela Miras, Emiliano Camargo, Érika Marinheiro, Eroy Silva, Evaldo Melo, Fernando Szegeri, Flavia Fernando, Flora Lorenzo, Gilberto Prates, Gisele Asanuma, Helton Lima, Isa Sorrentino, Isabel Bernardes, Isabella Almeida, Juliana Barros, Juliana Rocha, Julliana Rodrigues, Leon Garcia, Ligia Santos, Livia Bustamante, Lorruan Alves, Luiza Jatobá, Marco Separavich, Mariana Gomes, Mariana Sanches, Marília Meyer, Marina Picazzio, Melissa Muramoto, Naide Teodósio, Patrícia Fadelli, Pollyana Pimentel, Priscila Glaser, Rafael Domenes, Rafael West, Renata Almeida, Ricardo Amaral, Rossana Rameh, Selma Lancman, Taia Duarte, Thais Soboslai, Wagner Oda, Yone Moura.

Esta tese de doutorado está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) – NBR 6023.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Annelies e Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO 1

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE DROGAS NO BRASIL: CONTEXTUALIZAÇÃO E PRECEDENTES HISTÓRICOS 1

1.2 A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E O MARCO TEÓRICO-POLÍTICO DA SAÚDE PÚBLICA 10

1.3 "DA COERÇÃO À COESÃO": DIRETRIZES PARA AS POLÍTICAS DE DROGAS 15

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA 27

2.1 INTERSECCIONALIDADE: HISTÓRICO DE FORMULAÇÃO DO CONCEITO E APROXIMAÇÃO A DEBATES CONTEMPORÂNEOS 27

2.2 DIFERENÇA COMO CATEGORIA ANALÍTICA 38

3 OBJETIVOS 41

4 PERCURSO METODOLÓGICO 42

4.1 OS DOCUMENTOS 43

4.2 AS ENTREVISTAS 46

4.3 ANÁLISE 50

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 53

5.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE CUIDADO DIRIGIDAS A PESSOAS QUE USAM DROGAS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 53

5.1.1 Considerações iniciais 53

5.1.2 A institucionalização da perspectiva da saúde pública 58

5.1.3 "Operação Sufoco": contradições e (des)articulações entre Segurança Pública, Saúde e Assistência Social 74

5.1.4 O Programa "De Braços Abertos": desenvolvimento de políticas sociais integradas 85

5.2 POLÍTICAS DE DROGAS E AS DIFERENÇAS 97

5.2.1 Diferença como Identidade 100

5.2.2 Diferença como Relação Social 115

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 129

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 134

ANEXOS 158

APÊNDICES 161

APÊNDICE A: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS 161

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) . 162

RESUMO

Marques ALM. *Políticas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam drogas no município de São Paulo/SP*: uma análise desde a perspectiva da interseccionalidade [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

Introdução: O uso de drogas tem sido considerado um problema social nas sociedades contemporâneas, que demanda a formulação de estratégias de enfrentamento intersetoriais. **Objetivos**: Esta pesquisa tem como objetivo descrever e analisar o contexto de formulação e gestão de políticas públicas de cuidado dirigidas a usuários de álcool e outras drogas no âmbito do município de São Paulo/SP, no período de 2001 a 2019, desde a perspectiva teórico-metodológica da Interseccionalidade. Especificamente, trata-se de identificar, descrever e analisar acontecimentos, contextos e atores que podem estar envolvidos na formulação das políticas municipais de cuidado a usuários de álcool e outras drogas e analisar se (e quais) determinadas *diferenças*, desde a persectiva de Avtar Brah, foram visibilizadas na proposição das políticas nesse campo. **Referenciais teóricos e metodologia**: A pesquisa foi orientada pela perspectiva teórico-conceitual da interseccionalidade dos marcadores sociais da diferença e da metodologia qualitativa, utilizando-se de análise documental e entrevistas semi estruturadas com 13 informantes chave. O material empírico foi analisado a partir da análise temática de conteúdo e da perspectiva da interseccionalidade, a partir das contribuições teóricas da categoria *diferença*. **Resultados e discussão:** O processo de formulação das políticas de cuidado dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas é permeado por um campo de disputas na produção de discursos, saberes e práticas, refletindo em impermanências e descontinuidades dos progrmas e ações propostos, de acordo com interesses e concepções políticas sobre o problema. Os resultados também apontam *diferenças* marcadas por gênero, raça-cor e posição que ocupam no tecido social, reforçando estigmas e seus diferentes impactos nas relações sociais. O trabalho contribui para o debate sobre a necessidade de formulação de diferentes abordagens voltadas às necessidades e demandas específicas de populações ou categorias de classificação social no tocante à política de drogas. Tratando-se de temática pouco explorada, espera-se com este estudo trazer contribuições para o campo da saúde coletiva e das políticas públicas, promovendo a reflexão em torno a necessidade de complexificar discursos e produzir práticas mais alinhadas com a compreensão de saúde que não visa a cura, o tratamento ou o controle de determinados grupos sociais, mas sim a garantia dos direitos, da cidadania e da defesa e afirmação da vida.

Descritores: Políticas públicas de saúde; Desigualdades em saúde; Interseccionalidade; Redução do dano; Transtornos relacionados ao uso de álcool; Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

ABSTRACT

Marques ALM. *Public care policies addressed to people who use drugs in the city of São Paulo/SP*: an analysis from the perspective of intersectionality [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2019.

Introduction: The use of drugs has been considered a social problem in contemporary societies, which demands the formulation of intersectoral coping strategies. **Objectives:** This research aims to describe and analyse the context of formulation and management of public care policies directed to users of alcohol and other drugs in the city of São Paulo / SP, from 2001 to 2019, from the theoretical-methodological perspective of intersectionality. Specifically, it aims to identify, describe and analyse events, contexts and actors that may be involved in the formulation of local policies for the care of users of alcohol and other drugs. Besides, it examines if (and what) specific *differences*, from Avtar Brah's perspective, were produced in the policies toward this field. **Theoretical frameworks and methodology:** The research was guided by the theoretical-conceptual perspective of the intersectionality of social markers of difference and qualitative methods, using document analysis and semi-structured interviews with 13 key informants. The empirical material was analysed from the thematic content analysis and the intersectionality perspective, from the theoretical contributions of the difference category. **Results ad discussion:** The process of formulating care policies directed at people who use alcohol and other drugs is placed in a field of disputes, including the production of discourses, knowledge and practices. Consequently, the programs and actions reflect considerable impermanence and discontinuities, according to political interests and conceptions about the problem. The results also point out differences marked by gender, race-colour and position they occupy in the social fabric, reinforcing stigmas and their different impacts on social relations. The paper contributes to the debate about the need to formulate different approaches to the specific needs and demands of populations or social classification categories regarding drug policy. Being an infrequent investigated theme, this study brings contributions to the public health and public policies, by promoting reflection on the discourses and produce practices aligned with the understanding of health policies that does not aim at the cure, treatment or control of certain social groups, but the guarantee of rights, citizenship and the protection and affirmation of life.

Descriptors: Public health policy; Health status disparities; Intersectionality; Harm reduction; Alcohol-related disorders; Substance-related disorders.

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo campo do cuidado a pessoas que usam drogas me acompanha há alguns anos, desde o início de minha trajetória profissional, construindo uma prática baseada no respeito aos direitos humanos e defesa da liberdade. Liberdade, essa bandeira de luta e imagem-objetivo que acompanha aqueles que acreditam em uma sociedade sem manicômios. Aprendi, já na faculdade, um princípio que fundamentou minha prática nos diversos cenários onde atuei: é possível sim, promover práticas de cuidado nesse campo que prescindam da segregação e exclusão.

No mundo acadêmico, procurei aprofundar meu conhecimento sobre esse campo de atenção e cuidado. Parte considerável da minha trajetória formativa após a graduação se deu voltada nesse sentido, em especializações, cursos de aprimoramento e atualização, grupos de estudo e supervisão.

No mestrado, realizado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP, desenvolvi o estudo a partir do conceito de itinerários terapêuticos, que pode ser definido como *um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição (*ALVES, SOUZA, 1999). O estudo buscou conhecer itinerários terapêuticos de sujeitos com necessidades decorrentes do uso de álcool em um CAPSad. Estamos em um campo de disputa de saberes e práticas, e a aproximação com essa temática me reforçou a importância de se conhecer e validar os saberes, as concepções e as práticas de cuidado de todos os sujeitos que fazem parte desse processo, compreendendo que estes delineiam formas singulares de ser e estar no mundo e de cuidar da própria existência.

Mas, para além do conhecimento acadêmico produzido, minha formação se deu, principalmente, no encontro com os usuários. Como disse Olievenstein, essa prática é marcada por "flutuações, turbulências e turbilhões". Nesse encontro, o núcleo duro profissional se desterritorializa, relações são produzidas e usuários e profissionais podem mutuamente se produzir (MERHY,1998). Aprendi muito com seus singulares modos de viver a vida e sempre busquei basear a prática na ética. Se as técnicas ganham alguma importância no processo de cuidado, aprendi que não se pode deixar escapar a riqueza e a potência do encontro entre profissional e usuário, momento singular no qual podem ser desveladas necessidades concretas e simbólicas, desejos, trajetórias, escolhas.

Desde 2010, quando inicio minhas atividades no Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP, minha trajetória profissional passou a ser direcionada para o campo da Educação Profissional em Saúde. Trabalho desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão no Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde Mental – FMUSP. Nesse contexto, atuo primordialmente junto a estudantes de graduação em Terapia Ocupacional. Mas também venho desenvolvendo atividades no campo da formação voltada para o trabalho interprofissional colaborativo, principalmente em um Programa de Residência Multiprofissional, mas também em outras iniciativas educacionais. Aqui, a dimensão militante do trabalho que sempre me acompanhou se desdobra numa relação não mais diretamente com os usuários dos serviços de saúde, mas na preocupação com a formação ética de profissionais, no permanente convite para a suspensão de nossos instrumentais teóricos objetificantes e normalizadores para a possibilidade de encontros cuidadores, pautados pelo respeito e pela construção de projetos de vida.

Em 2015, ingressei no curso de Doutorado, no Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da USP. Foram muitos os aprendizados, os desvios de rota, as mudanças nos objetivos e nos aportes conceituais, cuidadosamente sustentados por minha orientadora. Ao terminar de escrever o último parágrafo da tese, dei-me conta do quanto amadureci minhas questões nesse período de desenvolvimento da pesquisa.

E quantas coisas acontecem na vida enquanto a gente está no Doutorado? Ouvi essa pergunta de diversos colegas que passaram por essa experiência formativa. Eu me tornei mãe. A experiência paradoxalmente mais bela e mais difícil da vida. A experiência da maternidade me recoloca no mundo e, desse novo lugar, efetivamente me dei conta do patriarcado de forma vivida e sentida, antes apenas um construto teórico ou objeto de divagações mais teóricas na minha vida. Falo disso aqui, me alinhando às mulheres que têm buscado visibilizar essa experiência na academia, buscando demarcar as assimetrias de poder entre homens e mulheres nesse lugar, usando de estratégias diversas e reivindicando, inclusive, o registro do período de licença-maternidade na plataforma Lattes. Nesse trabalho, opto por em grande parte da produção escrita me posicionar na "neutralidade" que as normas cultas da língua portuguesa assim recomendam. Por força do hábito desse lugar acadêmico. Mas em algumas brechas, ao falar de mim, utilizo o gênero feminino. Também adoto essa postura ao me referir às produções teóricas que embasaram o referencial teórico desse estudo, um campo majoritariamente constituído por mulheres.

Sou mulher, mãe, profissional da saúde, pesquisadora, educadora, redutora de danos. Sou muitas outras mais, mas essas são as que interessam agora. Reconhecer do lugar de onde

falo é fundamental para a reflexão crítica sobre os mais variados temas com os quais cotidianamente lido nas esferas pública e privada da vida. Esse exercício é constante, visto que o poder é relacional, em uma perspectiva foucaultiana, e o exercício de desvendar as opressões não está nunca dado de antemão. Lembro perfeitamente de ter vivido situações de preconceito e discriminação na adolescência, no colégio particular em que só consegui estudar por ter ganhado uma bolsa de estudos, por ser filha de nordestinos e ter uma condição socioeconômica inferior aos demais estudantes. Mas também sei reconhecer o privilégio quando hoje chego para facilitar processos educacionais em um município na região Norte do país e escuto um sussurro de admiração e respeito dos educandos quando escrevo meu e-mail na lousa, seguido do "@usp.br".

Desde que comecei a desenvolver esta pesquisa, passou a me parecer impossível falar sobre políticas e práticas de cuidado dirigidas às pessoas que usam drogas sem considerar os marcadores da diferença como elementos de organização social e estruturadores de relações de poder, considerando os impactos e articulações nas experiências, subjetividades, identidades, relações sociais. Nesse sentido, a escolha da Interseccionalidade como referencial, teórico e metodológico, promoveu um aprofundamento bastante profícuo de questões que fui construindo nessa trajetória.

Mais ainda, a Interseccionalidade não se limita a um projeto acadêmico, mas como defendem algumas autoras, trata-se de um instrumento para a luta política. No encontro desterritorializante com a produção latino-americana e decolonial, e reconhecendo meu lugar de fala e minha posição social, produzir este estudo também teve como intenção não apenas a compreensão das complexas articulações entre políticas de drogas, diferenças e desigualdades, mas buscar refletir sobre a necessidade de produzir práticas orientadas pelo necessário enfrentamento conjunto e indissociado de todas as formas de opressão.

1 INTRODUÇÃO

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE DROGAS NO BRASIL: CONTEXTUALIZAÇÃO E PRECEDENTES HISTÓRICOS

As drogas[1] são produtos cujas qualidades farmacológicas são virtualmente insignificantes fora de seus contextos político-econômico e sociocultural (BOURGOIS, 2003). As representações sociais sobre drogas são desenvolvidas em determinados contextos sociais e históricos, forjando ideologias próprias de cada droga, que atravessam tanto o fenômeno do consumo quanto o controle e as proibições (ESCOHOTADO, 1997; VELHO, 1993; MACRAE, 1997; VELHO, 1997; CARNEIRO, 2004). Os vários discursos sobre as drogas, construídos em determinados contextos socio-históricos, mostram que a percepção social sobre determinados usos e substâncias vai sendo constantemente ressignificada, dependendo dos grupos sociais que as consomem e da posição ocupada por este grupo na estrutura social e simbólica (ZAFIROPOULOS; PINELL, 2010).

O consumo de determinadas substâncias psicoativas torna-se um "problema social"[2] para Estado e sociedade, no mundo ocidental, a partir da metade final do século XIX, envolvendo uma série de fatores que não podem ser considerados de forma isolada (religiosos, políticos, econômicos, morais, etc.) e uma complexa trama de forças e produções discursivas em torno ao tema (FIORE, 2005, RODRIGUES, 2005, TORCATO, 2016). Embora presentes em outros países e sociedades, é possível afirmar que esse processo se deu primeiramente nos Estados Unidos da América - EUA. Estão entre as diversas causas desse "pioneirismo norte-americano": a antipatia cristã por algumas substâncias, a severidade dos costumes e crenças dos protestantes puritanos, a influência de interesses econômicos na comercialização de determinadas

---

[1] Neste trabalho, mesmo considerando que há distinções conceituais que podem ser feitas, e que o termo "droga" é passível de problematização no campo das Ciências Sociais, usaremos como sinônimos os termos "substâncias psicoativas", "psicoativos", "drogas" e "drogas psicoativas", sem distinção entre as drogas ilícitas e as lícitas, tais como álcool e tabaco. Todas as vezes que utilizarmos estes termos estaremos nos referindo a substâncias que "modificam o estado de consciência do usuário" e que podem ser classificadas em três categorias: estimulantes (aumentam a velocidade de transmissão no sistema nervoso central), depressores (diminuem a velocidade); perturbadoras (confundem e atrapalham a transmissão)(SEIBEL, TOSCANO Jr, 2001).

[2] De acordo com Remi Lenoir, os "problemas sociais" tratam-se de campos discursivos que envolvem diversificadas representações a respeito de determinados fenômenos e "são instituídos em todos os instrumentos que participam da formação da visão corrente do mundo social, quer se trate dos organismos e regulamentações que visam encontrar uma solução para tais problemas, ou das categorias de percepção e pensamento que lhes correspondem. (…) O que é constituído como "problema social" varia segundo as épocas e as regiões e pode desaparecer como tal precisamente no momento em que subsistem os fenômenos designados por eles" (LENOIR 1998, p.62-63 apud FIORE, 2005, p.258-259).

substâncias e a “preocupação de elites econômicas e políticas com os 'excessos' das classes ou raças vistas como inferiores ou 'perigosas'” (FIORE, 2005, p. 259).

Para Berridge (1994, p.17), a novidade do século XIX, mais do que os conceitos de “vício” ou “dependência” em si, foi a “conjunção de forças políticas, culturais e sociais que deu hegemonia a esses conceitos”. Ao longo do século XIX e início do século XX, foi possível perceber a crescente intervenção do Estado sobre a disciplinarização dos corpos e medicalização das populações. Os ideais da “Higiene Social” pretendiam evitar a deterioração racial que se acreditava ser causada pelos degenerados hereditários, entre os quais se incluíam os “viciados” e os “bêbados” (CARNEIRO, 2002).

No Brasil, no início do século XX, com o avanço do processo de urbanização, as populações imigrantes e os ex-escravos negros passam a ser vistos como fonte de problemas sociais e sanitários, sendo seus hábitos e costumes enquadrados como objeto de estudo e controle. Foram criadas delegacias e outras instituições específicas para tratar do assunto, a exemplo da Inspetoria de Entorpecentes, Tóxicos e Mistificações, que reprimia, ao mesmo tempo, o uso da maconha, as práticas religiosas de matriz africana e afro-indígena, além do samba e da capoeira (VIDAL, 2008; VIDAL, 2009; BARROS, PERES, 2011; SILVA, 2014).

Observa-se, nesse período, a importância dos discursos e da articulação política da classe médica, objetivando a instituição de um aparato jurídico institucional para o controle do uso e comércio de determinados psicoativos. Nesse contexto, as leis de proibição às drogas estavam ligadas a uma questão racial e a forma como deveria se formar o povo brasileiro. O projeto médico de saneamento social, influenciado pelo discurso da moralidade e pelas teorias eugenistas[3], representava uma alternativa percebida como viável a uma imagem negativa da mestiçagem (SILVA, 2009, TORCATO, 2012).

No caso da maconha, substância bastante combatida pelo discurso médico-psiquiátrico nesse período, teorias racistas e eugênicas relacionavam seu consumo com um comportamento “natural” dos negros, com características de “ignorância”, “intemperança” e “criminalidade”.

---

[3] Os trabalhos de Raimundo Nina Rodrigues e da denominada “Escola Baiana de Antropologia” ou “Escola Nina Rodrigues”, no final do século XIX embasaram a formulação de um modelo de explicação sobre as “deficiências” do negro brasileiro e quais seriam as consequências sociais da manutenção do convívio entre raças. Esse modelo médico-psiquiátrico possibilitou a construção de um padrão identificatório baseado em características biológicas, que possibilitou a montagem de um discurso sobre o negro e a construção histórica de um corpo perigoso, produtor de determinadas patologias, como a loucura (MARTINS, 2006). Os psiquiatras dessa época passaram a se utilizar da ideia de que negros e mestiços predispunham-se à loucura por serem povos degenerados por definição. Aqueles que buscavam a associação entre agentes biológicos e fatores sociais defendiam que os negros seriam intelectualmente inferiores e, por isto, menos capazes de enfrentar e/ou adaptar-se às contingências do meio social, demonstrando assim, certa "propensão" à degeneração (ENGEL, 1999).

Dizia-se que o uso da planta causaria “vício-compulsão”, “degeneração mental e moral” e “loucura, psicose e crime”, chegando a associá-la a uma espécie de vingança de negros “selvagens” contra os brancos, “seus irmãos mais adiantados em civilização”, que os haviam escravizado (VIDAL 2008; VIDAL 2009; BARROS, PERES, 2011).

Em 1921, as autoridades legislativas brasileiras promulgaram a Lei Federal nº 4.294[4], por meio da qual, seguindo uma tendência mundial, em especial a política estadunidense[5], pretendia-se ampliar o controle público sobre o álcool, substância mais difundida socialmente. De forma tangencial, apenas, incluía controles sobre as substâncias que tinham maior difusão entre as elites, como a cocaína e a morfina, por exemplo, os denominados “vícios sociais elegantes”[6] (PERNAMBUCO-FILHO; BOTELHO, 1924; MACHADO; MIRANDA, 2007; TORCATO, 2012).

Nesse período, observa-se que mais do que intervenções baseadas em possíveis evidências relacionadas às propriedades farmacológicas das substâncias psicoativas, os alvos principais do discurso brasileiro antialcoólico eram os “hábitos de consumo da população pobre e mestiça” (MARQUES, 2014, p.222); o que estava em questão e sob alvo intervencionista eram costumes e práticas das classes consideradas “perigosas” ou associados à “vagabundagem”, tais como imigrantes, negros, desempregados, mendigos, prostitutas, maconheiros (BARROS, PERES, 2011). As formas de consumo e o tipo de bebida “compunham sinais de demarcação entre os grupos sociais” (MARQUES, 2014, p.257); por exemplo, o consumo de vinho e cerveja eram respeitados, diferente da aguardente que era “sinal da degradação do negro” (MARQUES, 2014, p.257).

A Psiquiatria, especialidade médica que irá se dedicar a essa questão, desenvolveu, nesse contexto sócio histórico, a associação entre alcoolismo e a desorganização moral e social da sociedade. Colocava como necessário o estabelecimento de medidas de caráter coercitivo e repressivo para diminuir o consumo de bebidas alcoólicas, fornecendo subsídios teóricos para fundamentar programas de higiene mental. Em particular, dado o objeto desta pesquisa,

---

[4]Essa Lei, assim como as demais que serão apresentadas nesse capítulo, podem ser consultadas no site da Câmara dos Deputados: http://www2.camara.leg.br

[5]Nesse mesmo período, nos EUA, vigorava as chamadas Lei Harrison de Impostos sobre Narcóticos (*Harrison Act*) primeira lei proibicionista que legislava sobre o controle dos opiáceos, e a Lei Seca (*Vosltead Act*), promulgada em 1920, vigorando até 1933, e que tratava de controles rígidos sobre o uso e comercialização do álcool.

[6] No início do século XX, foi publicado um trabalho dos médicos Pernambuco-Filho & Botelho, com o título *Vícios Sociais Elegantes,* no qual distinguiam-se duas classes de "vícios": os "*vícios elegantes*" que eram o da morfina, da heroína e da cocaína, consumidos majoritariamente pelas elites brasileiras na época, e os "*deselegantes*", destacando-se o *alcoolismo* e o *maconhismo* (PERNAMBUCO-FILHO; BOTELHO, 1924; TORCATO, 2012).

gostaríamos de destacar que, nesse contexto de produção de discursos sobre a construção do povo brasileiro, podem ser identificadas particularidades do processo ocorrido no município de São Paulo, ao se construir a defesa de "um paulista branco e racialmente superior". O projeto branqueador e eugenista paulista será incorporado ao pensamento médico- sanitário neste período, com implicações em diversas áreas de especialidade médica (MOTA, SCHRAIBER, 2013, p.842).

Destaque deve ser dado às sociedades médicas que se organizaram em torno ao tema, como a Liga Brasileira de Higiene Mental e as Ligas Paulistas de Higiene Mental e de Profilaxia Moral e Sanitária, que, com base na denúncia à degeneração da raça brasileira, se encarregaram de promover a educação anti-alcoólica e as primeiras medidas assistenciais para alcoolistas, marcadas por concepções moralistas e higienistas (MUSUMECI, 1994).

Considerando que haveria uma falta de ação organizada do Estado diante do alcoolismo, e que isto poderia ser considerado um problema social, outras associações e sociedades de caráter privado começaram a se organizar para este enfrentamento. Em 1921, já com alguns anos de funcionamento, ocorreu o evento de lançamento da Liga Nacional contra o Alcoolismo, com a presença de representantes de diversas associações e autoridades públicas. Em 1925, instalou-se no país a União Brasileira Pró-Temperança, composta exclusivamente por mulheres (tratava-se de uma ramificação da *World Women's Christian Temperance Union*) e que desenvolvia um trabalho pedagógico amplo e sistemático contra as bebidas alcoólicas e outros psicoativos, bem como contra os jogos lotéricos. Destaque é dado a essas associações, pois sua instituição marcaram a entrada do movimento antialcoólico brasileiro na luta mundial, por meio da correspondência e intercâmbio com associações internacionais pautadas pelo Movimento da Temperança (TORCATO, 2016; MUSUMECI, 1994).

A partir das experiências das primeiras estratégias de controle, acompanhando a diversificação das drogas e o aumento da capacidade de produção e sintetização de substâncias psicoativas, já no âmbito da instituída Organização da Nações Unidas (ONU), foram assinadas pelos países-membros as três convenções internacionais sobre drogas que são, ainda hoje, a referência legal para todos os países signatários: a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971; e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988. Os acordos firmados por estas convenções são complementares e visam, em linhas gerais, sistematizar as medidas de controle

internacional com o objetivo de assegurar a disponibilidade de drogas narcóticas e substâncias psicotrópicas para uso médico e científico, e reprimir sua distribuição por meios ilícitos[7].

O Brasil, signatário das Convenções da ONU, desenvolveu um arcabouço legal nesse campo pautado pela repressão e consoante com o discurso internacional de "Guerra às Drogas", num contexto político nacional em que se vivia um regime ditatorial instaurado após um golpe militar, em 1964. Em 29 de outubro de 1971, foi promulgada a Lei 5.726[8], que estabelecia medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de "substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica". Em seu Capítulo II, tratava da "recuperação dos Infratores Viciados", estabelecendo uma tipificação que enquadraria o indivíduo que praticasse um crime mas que, "em razão do vício, não possui a capacidade de entender o caráter ilícito do fato". Para esses, a medida prevista era a internação compulsória em estabelecimentos hospitalares "pelo tempo necessário à sua recuperação".

Na formulação de políticas sanitárias e políticas de segurança pública que visam o controle sobre as drogas, há uma composição mútua que engendra saber médico e práticas jurídicas em sua dimensão de ação direta sobre o corpo social e gestão populacional (ROSA, 2012). Para Bittencourt (1986, p.42), nesse momento, institucionaliza-se a aliança entre sistema jurídico-criminal e a Psiquiatria no fortalecimento da repressão e do controle de drogas no Brasil:

> Primeiramente ao surgir no cenário jurídico-penal de 1971 como um complemento às ações de repressão e prevenção ao uso de drogas, servindo para o reaparelhamento do Judiciário através da absorção de sua tecnologia. Segundo, ao se apresentar como alternativa institucional ao destino desta classe de excluídos, implicando a psiquiatrização dos procedimentos de controle do uso de drogas em nossa sociedade [...]

Em 21 de outubro de 1976, foi promulgada a Lei nº 6.368[9], que instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, que tinha como objetivo, entre outros, formular a política nacional de entorpecentes, compatibilizar planos nacionais com planos regionais, estaduais e municipais, bem como fiscalizar a respectiva execução e integrar o conjunto de ações desenvolvidas. Essa Lei também traz modificações conceituais nas

---

[7] Os documentos originais encontram-se disponíveis em https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html

[8] Brasil. Lei 5.726, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5726-29-outubro-1971-358075-norma-pl.html

[9] Brasil. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6368-21-outubro-1976-357249-retificacao-23366-pl.html

propostas assistenciais que reafirmaram a tendência de medicalização do uso de drogas, já presente na Lei anterior, tais como a substituição do termo "viciado" por "dependente de drogas"; a criação de estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes de drogas; a proposição de tratamento como medida compulsória, em regime hospitalar e extra-hospitalar (MACHADO, 2006).

Por meio do Decreto nº 85.110, de 2 de Setembro de 1980[10], estruturou-se formalmente o referido Sistema e o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), que se destacou como órgão central, com competência para propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de "entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica", entre outras ações programáticas estratégicas governamentais relacionadas ao tema. O CONFEN era composto por representantes de diversos Ministérios, de órgãos da Administração Pública com atividades relacionadas à fiscalização e repressão (Polícia Federal, Forças Armadas, Vigilância Sanitária) e mais duas indicações: um jurista de comprovada experiência em assuntos de entorpecentes, escolhido e designado pelo Ministro da Justiça e um médico psiquiatra com ampla atuação na área de entorpecentes, indicado pela Associação Médica Brasileira e designado pelo Ministro da Justiça.

O CONFEN dedicou-se, principalmente, ao campo das ações da repressão ao uso e ao tráfico de drogas, mas também trouxe contribuições ao campo do cuidado, como o apoio às experiências de centros de referência de tratamento, prevenção e pesquisa[11] e aos projetos de Redução de Danos (RD), que impulsionaram o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil (MACHADO; MIRANDA, 2007).

---

[10] Brasil. Decreto nº 85.110, de 2 de Setembro de 1980. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-norma-pe.html

[11] Práticas de atenção alternativas às abordagens repressoras e medicalizantes começaram a ser desenvolvidas, na década de 1980, em centros de tratamento, pesquisa e prevenção, inspirados, em sua maioria, na abordagem desenvolvida pelo psiquiatra francês Claude Olievenstein, na época diretor do Centre Médical Marmottan, em Paris, que propunha que as denominadas "toxicomanias" seriam o resultado da interação entre um sujeito, com uma droga, em um determinado contexto sóciocultural. Em 1988, esses centros foram reconhecidos pelo Confen como Centros de Referência nas áreas de pesquisa, prevenção e/ou tratamento e tiveram grande importância na produção de conhecimento e desenvolvimento de práticas de atenção nesse campo. Muitos deles foram criados nas universidades públicas como o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Proad/Unifesp); o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos da Universidade de Brasília (Cordato/UNB); o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Nepad/Uerj); o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA); o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Cebrid/UNIFESP). Dois desses Centros reconhecidos pelo Confen foram criados no âmbito do setor público de saúde: o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), em Minas Gerais, e o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), em Pernambuco (MACHADO, 2006, MEDINA et al., 2014)

Essa estrutura foi reorganizada por meio do Decreto 2.632 de 19 de junho de 1998[12], que instituiu o então denominado Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), com a função de integrar "as atividades de prevenção e repressão ao tráfico ilícito, ao uso indevido e a produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependências física ou psíquica, e a atividade de recuperação de dependentes". Em sua composição, entre outros órgãos administrativos, destaca-se a Casa Militar[13] da Presidência da República, como órgão central, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) como órgão executivo e o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), como órgão normativo de deliberação coletiva. Tanto a SENAD quanto o CONAD, de acordo com esta legislação, estavam vinculados à Casa Militar da Presidência da República (BRASIL, 1998).

Num primeiro momento, a SENAD ficou responsável pela coordenação de todo o conjunto de atividades relacionadas ao enfrentamento desse problema social, desenvolvidas nos âmbitos municipal, estadual e federal. Mas a redação do Decreto nº 3.696, de 21 de Dezembro de 2000[14], que trouxe propostas de reorganização do SISNAD, revogando o decreto anterior, diferenciava atribuições na tarefa de integração das atividades: o Ministério da Justiça passou a ser o órgão central e a Polícia Federal o órgão executivo das atividades relacionadas à repressão (ao uso indevido, produção e tráfico de drogas); a SENAD tornou-se o órgão executivo das atividades de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes. Enquanto atribui-se à SENAD essa articulação, o Ministério da Saúde, embora fizesse parte do SISNAD, não teve suas atribuições especificadas nestes decretos. Destacamos esse aspecto, que será detalhado mais adiante. O fato das instâncias responsáveis pela proposição e articulação de respostas governamentais nesse campo estar subordinada ao Gabinete Militar deixava expressa a compreensão de que se tratava, antes de tudo, de um problema de segurança nacional (MEDINA et al., 2014).

Esta proposta de reorganização se dá num contexto de recente realização, também em junho de 1998, em Nova York, da XX Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS). Os países estabeleceram uma nova agenda para a comunidade internacional, com

---

[12] Brasil. *Decreto 2.632 de 19 de junho de 1998*. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1998/decreto-2632-19-junho-1998-400767-norma-pe.html

[13] Pela Medida Provisória (MP) nº 1.911-10, de 24 de setembro de 1999, que altera dispositivos da Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998, a Casa Militar passou a chamar-se Gabinete de Segurança Institucional. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/1999/medidaprovisoria-1911-10-24-setembro-1999-344991-norma-pe.html

[14] Brasil. *Decreto nº 3.696, de 21 de Dezembro de 2000*. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3696impressao.htm

a adoção de três documentos fundamentais: uma declaração política, uma declaração sobre os princípios orientadores da redução da demanda por drogas e uma resolução com medidas para reforçar a cooperação internacional. Com relação à redução da demanda, o Brasil aderiu aos princípios e diretrizes ali declarados e assumiu o compromisso de investir em programas articulados que reduzam problemas de saúde pública, promovendo melhor qualidade de vida e saúde individual, fortalecendo sistemas familiares e comunidades mais seguras[15].

Nesse sentido, o Brasil assume o desafio de desenvolver a "própria política antidrogas" considerando que se trata de desafio global e, para tanto, considera a importância de se organizar para encarar esse desafio. É nesse contexto que se propõe a criação da Secretaria Nacional Antidrogas, considerada estratégica para coordenar o conjunto de atividades relacionadas a essa questão. Assim, no discurso de abertura do I Fórum Nacional Antidrogas[16], realizado em Brasília, em novembro de 1998, o então presidente Fernando Henrique Cardoso traz a importância da compreensão global acerca da magnitude e complexidade do problema das drogas e coloca a devida ênfase no compromisso assumido na UNGASS de desenvolver estratégias de redução da demanda.

De forma alinhada ao compromisso assumido junto aos países-membros da ONU, e indo ao encontro de discussões acumuladas até então pelo CONFEN, a fala do então presidente incluiu também a importância de que nesse debate se incluam o "tabagismo" e o "alcoolismo", que se considerava que haviam ficado em um segundo plano, num contexto de combate ao tráfico de drogas ilícitas, mas mantém certa ênfase no discurso que coloca nas drogas a fonte de desorganização moral e social: "Não se trata apenas das chamadas drogas pesadas, mas se trata, efetivamente, de um conjunto de práticas que podem vir a ser danosas para a personalidade, para a sociabilidade e, portanto, para a organização da família e da sociedade." (BRASIL, 1998, p.376)

Em seu discurso, também, trouxe a importância de se encarar essa questão de forma a fortalecer a "mobilização da sociedade", pois "trata-se de esforço que envolve a família, as igrejas, os sindicatos, as escolas" (BRASIL, 1998, p.375). O Fórum teve a participação de mais de 1200 pessoas e cerca de 520 Organizações Não Governamentais (ONG). Criado em caráter permanente, tinha como objetivo estabelecer maior diálogo entre atores da sociedade e Governo

---

[15] UNODC. XX United Nations General Assembly Special Session (UNGASS). Political Declaration of the General Assembly. 1998. Disponível em: http://www.unodc.org/pdf/report_1999-01-01_1.pdf

[16] Brasil. Biblioteca da Presidência da República. *Discurso na abertura do 1o Fórum Nacional Antidrogas.* Colégio Militar de Brasília, 27 de novembro de 1998. Disponível em: http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/fernando-henrique-cardoso/discursos/1o-mandato/1998-1o-semestre/27-de-novembro-de-1998-discurso-na-abertura-do-i-forum-nacional-antidrogas

Federal, e colocou em debate a importância de se garantir e viabilizar maior participação social nas composições dos conselhos.

Mesmo com essa afirmação, no Decreto nº 3.696, de 21 de dezembro de 2000[17] a composição do CONAD e abertura para a participação da sociedade civil em pouco se altera. Os especialistas convidados permanecem sendo apenas um jurista (indicado pelo Ministro de Estado da Justiça) e um médico psiquiatra (indicado pela Associação Médica Brasileira). A participação mais ampliada de representantes de organizações, instituições ou entidades nacionais da sociedade civil só passa a ser prevista a partir do Decreto nº 5912, de 27 de setembro de 2006[18], no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, por meio do qual o SISNAD, que será novamente reestruturado e passará a ser nomeado de Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).

O CONAD, como órgão central do SISNAD, irá se dedicar a elaborar a Política Nacional sobre Drogas[19], em 2005, e a Política Nacional sobre Álcool[20], em 2007. Nessas políticas, coloca-se ênfase tanto na redução da oferta quanto da demanda. A redação final destas Políticas reflete ambiguidades na forma de se abordar essa questão, o que aparentemente revela os jogos de poder e tensões no campo, colocados agora também pelos movimentos sociais e pela institucionalização de um discurso de saúde pública, movimentando a polaridade/complementaridade instituída até então entre os modelos médico-psiquiátrico e jurídico-moral.

---

[17] Decreto nº 3.696, de 21 de Dezembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3696impressao.htm

[18]Brasil. *Decreto nº 5912, de 27 de setembro de 2006*. Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2006/decreto-5912-27-setembro-2006-545580-norma-pe.html

[19] Brasil. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. *Resolução Nº3/GSIPR/CH/CONAD*, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=101642

[20] Brasil. *Decreto nº 6117, de 22 de maio de 2007*. **A**prova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm

1.2 A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E O MARCO TEÓRICO-POLÍTICO DA SAÚDE PÚBLICA

Como foi abordado no tópico anterior, vemos que desde 1976, com a Lei 6368, há a preocupação do Governo Federal em instituir um Sistema Nacional que centralize e organize as ações de redução da oferta e redução da demanda de drogas. Desde esse período, as legislações estabelecidas passaram a incorporar a importância da atenção em saúde voltada à população que faz uso de drogas.

A Lei nº 6368 de 1976 definiu medidas para as redes de serviços de saúde, que nesse período ficavam sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistencial Social, com a criação de estabelecimentos próprios para o tratamento dos "dependentes de substâncias". O Ministério da Saúde, de acordo com essa legislação, em seu artigo 6º, tinha como atribuição "baixar instruções de caráter geral ou especial sobre proibição, limitação, fiscalização e controle da produção, do comércio e do uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e de especialidades farmacêuticas que as contenham". E, ainda, complementando, de acordo com o Decreto 85.110, de 1980, estabeleceu-se que competia ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, à Fundação Legião Brasileira de Assistência e à Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor prestar assistência médica e social. Ao órgão de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde atribuiu-se ação fiscalizadora "sobre os produtos e substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica".

A Constituição Brasileira de 1988, já no contexto de transição democrática no país, adotou a compreensão de que a saúde é um direito dos indivíduos, sendo dever do Estado garantir a formulação e execução de políticas públicas e o acesso universal e equânime a ações e serviços neste setor (BRASIL, 1988). A fim de garantir a efetivação desse direito, estipulou-se uma série de instrumentos, sendo o mais importante o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja criação e implementação foram uma conquista de diversos movimentos e de um conjunto complexo de práticas relacionados ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira e à produção teórico-crítica do então emergente campo da Saúde Coletiva, que provocou debates e questionamentos acerca da organização dos serviços e dos processos de trabalho, bem como sobre a concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, impulsionando o

movimento pela democratização da saúde (FLEURY, 1997; PAIM, 1997; BARTOLOMEI, CARVALHO, DELDUQUE, 2003).

Mesmo após uma década desse momento de abertura política, redemocratização e da afirmação da defesa da saúde como direito, observa-se que o MS, que passou a ter a incumbência de organizar uma rede de ações e serviços integral, equânime e universal, não se dedicou de forma sistemática e organizada para o enfrentamento das questões decorrentes do consumo de álcool e outras drogas para a população brasileira (BRASIL, 2003; DELGADO, 2005). Assim, com a instituição da Secretaria Nacional Antidrogas, em 1998, esta ficava responsável pelo planejamento e execução de ações de prevenção e tratamento, enquanto o MS desenvolvia, de forma dispersa, ações pontuais nesse campo (SÃO PAULO, 2015; SILVA, 2017).

Na virada dos anos 2000, especificamente em 2001, encontramos dois marcos importantes nessa questão: 1. A promulgação da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica[21], que reorienta a assistência em saúde mental, "configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população" (COSTA, 2003). 2. A realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro, cujo relatório final evidencia a elaboração de estratégias e propostas para efetivar e consolidar um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que garanta o seu atendimento pelo SUS e, ao mesmo tempo, considere o seu caráter multifatorial, não reduzindo esta questão a uma problemática exclusiva do sistema de atenção à saúde (BRASIL, 2001, BRASIL, 2002, BRASIL, 2003).

Em 2002, observa-se que o MS passou a se responsabilizar de forma mais efetiva por esse campo de intervenção. Nesse mesmo ano, a Portaria GM 816 instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, com o objetivo de organizar demandas e articular ações de assistência e prevenção desenvolvidas nas esferas de governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 2003).

Em 2003, foi criado o Grupo de Trabalho em Álcool e Outras Drogas (GAOD) composto por representantes de diversas áreas, com o intuito de se discutir de forma ampla essa questão.

---

[21] No Brasil, o movimento que se convencionou denominar Reforma Psiquiátrica constituiu-se a partir do final dos anos 1970, a partir das críticas ao modelo hegemônico de atenção psiquiátrica centrada na institucionalização permanente das pessoas com transtornos mentais e a proposição de políticas de saúde mental voltadas para o desenvolvimento de novas formas de cuidado comunitário e territorial. A Reforma Psiquiátrica, para autores importantes do campo, deve ser entendida como um processo contínuo de construção de reflexões e transformações que engloba e articula os campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 1997; AMARANTE,1998).

Como resultado, reconhecendo a necessidade de superar o atraso de assunção desta responsabilidade pelo SUS, e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, foi apresentado o documento: A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Esse documento contempla diretrizes para a abordagem e apresenta a avaliação, baseada em dados epidemiológicos, que considera que o uso de álcool e as problemáticas dele advindas deve ser entendido e trabalhado como questão de saúde pública. Aponta também para a necessidade de incluir os usuários/dependentes de álcool e outras drogas em uma rede ampliada de cuidados; de modificar a legislação vigente sobre álcool e outras drogas aos objetivos da saúde pública; e de adotar a perspectiva da Redução de Danos (RD) como estratégia e como diretriz para o cuidado (BRASIL, 2003)

Tal perspectiva reconhece a necessidade de se abordar os danos decorrentes do abuso/uso prejudicial de substâncias psicoativas em um contexto amplo, considerando suas implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas na construção de propostas de atenção. A discussão e a construção de ações devem ter como diretriz a busca da superação da tendência de criminalização do consumo de drogas, enfatizar o respeito aos direitos humanos e construir alternativas de saúde pública efetivas e acessíveis aos sujeitos que necessitam de cuidados (BRASIL, 2003; BRASIL, 2009a).

Com este documento, o MS institui uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool e/ou outras drogas situada no campo da Saúde Mental. As políticas e práticas dirigidas para pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito de atuação do MS, passam a estar obrigatoriamente integradas às propostas elaboradas pela Área Técnica de Saúde Mental/Álcool e Drogas. As diretrizes para uma política ministerial específica para a atenção a estes indivíduos são formuladas em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente, regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001, que também vem a ser o instrumento legal / normativo máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

Assim, passa-se a investir no fortalecimento de uma rede de assistência que privilegia a inserção comunitária de práticas e serviços associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e inclusão social dos seus usuários, seguindo a tendência reconhecida internacionalmente, que preconiza o acompanhamento integral e contínuo dos sujeitos com dependência de substâncias psicoativas, articulando diversas estratégias de intervenção de acordo com a lógica de atenção baseada na comunidade. A atenção comunitária, compartilhada, contínua e de longa duração possibilita abordar as múltiplas problemáticas envolvidas, bem

como acionar parcerias e recursos da comunidade que possam ser utilizados para estimular mudanças e reorganizar a vida cotidiana (OMS, 2001; UNITED NATIONS, 2003; BRASIL, 2003).

Trata-se de marco teórico importante, buscando romper com modelos e abordagens reducionistas e compreendendo o uso de drogas como um fenômeno complexo. A formulação de estratégias de atenção nesse campo exige a articulação de diversos setores de uma maneira ampla e deve ser construída na interface de programas do MS com outros Ministérios, bem como com setores da sociedade civil (BRASIL, 2003; BASTOS, BERTONI, 2014).

A partir de uma perspectiva de saúde pública, o planejamento de programas deve contemplar grandes parcelas da população, considerando a heterogeneidade de questões e problemas que podem envolver o uso e dependência de drogas, afetando as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferenciados contextos socioeconômicos e intersubjetivos. Assim, a abordagem desse fenômeno deve considerar, de forma complexa, a teia de vulnerabilidades e determinantes socioculturais nos quais o indivíduo está inserido, e a construção de respostas nesse campo deve ser flexível e contemplar as distintas necessidades de demandas apresentadas pelos sujeitos, considerando o contexto sociocultural, o lugar social que ocupam e o real campo de possibilidades e alternativas onde se desenrolam suas experiências cotidianas (BRASIL, 2003).

Destaque é dado, em todo o documento, para o desenvolvimento de ações de Redução de Danos, compreendida como "estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel auto regulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social" (BRASIL, 2003, p.27). A Redução de Danos ocupa lugar central nas proposições de ações de prevenção e tratamento para o campo da atenção integral às pessoas que usam drogas, indicada como um "método clínico-político de ação territorial" (BRASIL, 2003, p.27).

A Redução de Danos foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos-SP no ano de 1989[22], quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso de drogas injetáveis (MESQUITA, 1991). Em 1994, boletins do MS indicavam que 25% dos casos de AIDS no Brasil estavam associados ao uso de drogas

[22] Observa-se que apesar de ser reconhecida apenas em 1989 como estratégia de saúde pública brasileira, a RD já encontrava suas bases filosóficas e práticas em outras ações de saúde e mesmo de educação. Petuco (2016) ao analisar as origens da RD encontra várias experiências que vão indicando o florescimento de formas de cuidar, de tratar e de acolher as pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, que iam propiciando o campo fértil para o seu desembocamento no período da entrada da AIDS no Brasil.

injetáveis. Essa realidade epidemiológica exigia que a RD passasse a configurar como ação dentro da política nacional (MARQUES, DONEDA, 1998; PASSOS, SOUZA, 2011).

A construção dessa política passou por vários desdobramentos, embates e articulações entre as diferentes instituições que se construíram ao redor do tema AIDS/Drogas. Sendo proposta inicialmente como uma estratégia de prevenção ao HIV entre usuários de drogas injetáveis – Programa de Troca de Seringas (PTSs) – a Redução de Danos foi ao longo dos anos se tornando um novo *paradigma*, na medida em que incluía os usuários de drogas como protagonistas dessas ações. Ao se contrapor ao paradigma da abstinência como única direção de cuidado possível, a Redução de Danos se afirma como uma estratégia de produção de saúde e de vida (PASSOS, SOUZA, 2011, RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2017).

Além da ênfase do deslocamento da abordagem punitiva para uma abordagem de cuidado e acolhimento, a Política do MS, ao posicionar a discussão sobre as práticas dirigidas aos usuários de drogas no campo da saúde pública, permitiu também a formulação de novos marcos éticos e teóricos para o campo, a partir de uma compreensão de saúde ampliada e que transcenda os reducionismos das abordagens biomédicas (centrada no indivíduo e no entendimento do abuso e dependência como decorrentes das interações entre as substâncias e o sistema nervoso central), bem como das abordagens psicologizantes, que muitas vezes descontextualizam os usos e generalizam os sujeitos, atribuindo-lhes "de forma mecânica, personalidade patológica que o induziria a buscar inevitavelmente uma autodestruição através da sua relação com essas substâncias" (MARTINS, MACRAE, 2010, p.17).

Para Petuco (2016, p.435), a Política do MS registra o "encontro entre Saúde Mental e Redução de Danos, que é posicionada para além de qualquer estratégia de cunho preventivo, como diretriz ética do cuidado oferecido a esta população na rede SUS"; um encontro que produziu, para os dois campos, "a ampliação de suas interfaces de contato com a vida".

1.3 "DA COERÇÃO À COESÃO"[23]: DIRETRIZES PARA AS POLÍTICAS DE DROGAS

De forma ampla, políticas públicas podem ser definidas como diretrizes, respostas governamentais elaboradas para enfrentar um problema social, resultantes de barganhas, conflitos ou consensos na interação entre diferentes grupos, segmentos ou classes sociais. As políticas públicas, como cursos de ação do Estado, são orientadas por determinados objetivos, refletindo ou traduzindo jogos de interesses, e as escolhas governamentais sobre o que fazer, ou não: não fazer nada em relação a um problema ou demanda social também é uma forma de política pública (FARAH, 2004; SOUZA, 2006). Para Souza (2006, p. 69), a formulação de políticas públicas "constitui-se no estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real".

As definições clássicas sobre políticas públicas têm sido alvo de críticas, por autores do campo, por superestimar os aspectos racionais e procedimentais, ignorando o que poderia ser considerada a "essência" da política pública: o embate em torno de ideias e interesses. Nas sociedades e Estados modernos, a atividade de governar e formular políticas é bastante complexa e a autonomia do Estado pode ser considerada relativa: este tem seu espaço de atuação, mas há certa e indefinida permeabilidade às influências das dinâmicas que envolvem a correlação de forças entre interesses de diferentes classes ou segmentos sociais, entre agentes locais e elites globais, dependendo dos contextos históricos, sociais e políticos (SOUZA, 2006; BONETI, 2016). Para Boneti (2016), mostra-se simplista e ideológico tanto entender o Estado como uma instituição neutra regida pela lei, a serviço de todos os segmentos sociais, quanto compreendê-lo como simples instituição de dominação a serviço da classe dominante.

Dada a complexidade que envolve o campo das políticas de drogas, a definição dos diversos problemas, objetos de intervenção estatal, que podem compor esse fenômeno passa por diversos momentos de tomadas de decisão, permeado por um campo de disputas na produção de discursos, saberes e práticas, decorrentes das relações de poder entre os atores sociais envolvidos na discussão e intervenção nesse campo. Nesse processo, mostra-se importante considerar a existência de múltiplos elementos em ação, como intencionalidade,

---

[23] Referência a documento técnico publicado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) em 2009: "Da coerção à coesão: Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição". Disponível em: https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/Da_coercao_a_coesao_portugues.pdf

interação, poder, temporalidade e posicionamentos epistemológicos (COUTO, GOMES, 2012; BONETI, 2016; VENTURI, 2017).

Como políticas de drogas, compreende-se o conjunto de leis e programas que objetivam influenciar na decisão dos indivíduos com relação ao consumo de substâncias psicoativas e intervir sobre os impactos e consequências desse consumo relacionados à segurança, saúde e bem estar social de indivíduos e comunidades (BABOR et al., 2010; BABOR et al., 2013). Babor e colaboradores (2013) consideram que as políticas de drogas atuais abarcam uma ampla gama de medidas administrativas que podem ser agrupadas em três categorias: 1. os programas voltados para a prevenção; 2. os programas de saúde e assistência social direcionados para o cuidado dos usuários; 3. o conjunto de leis que proíbem ou regulamentam o uso, porte, distribuição e produção de determinadas substâncias, estabelecendo sanções para a violação dessas proibições.

A discussão contemporânea sobre as políticas de drogas na América Latina tem levado os governos a repensar as abordagens tradicionais neste campo, particularmente aquelas que defendem apenas a redução da oferta, objetivando adequar as intervenções às dinâmicas e culturas locais de seus países e às problemáticas específicas da região (RALON, 2011; CARVALHO, 2014).

Como pressuposto básico para esse debate está a premissa de que a denominada "guerra às drogas", pautada pela proibição, controle e repressão ao uso, tráfico e produção de determinadas substâncias psicoativas não apenas fracassou, mas produziu, como principal consequência, um alto custo social e econômico decorrente da violência associada ao combate ao tráfico de drogas, distribuído desigualmente. A política proibicionista se ancora em dinâmicas internacionais, que começam com as convenções internacionais e se articulam posteriormente dentro do sistema global capitalista e na perspectiva norte-sul de países consumidores e países produtores e distribuidores, recaindo sobre os últimos os custos sociais e políticos da repressão (WALSH, 2003; FRAGA, 2007, RALON, 2011; MENÉNDEZ, 2012).

No plano internacional, não há evidências que comprovem que o proibicionismo tenha resultado em reduções reais na produção, na venda ou no consumo de drogas ilícitas. Pelo contrário, pesquisas mostram que as estratégias com foco na diminuição da oferta têm resultado em aumento de índices de violência, altas taxas de homicídio, corrupção de instituições e agentes estatais, aumento da população carcerária e superlotação das prisões, violações dos direitos humanos e criminalização da pobreza (DAMMERT, ZÚÑIGA, 2008; METAAL, YOUNGERS, 2010; WERB et al., 2011; COOPER, 2015).

Analisando um conjunto de produções latino-americanas sobre o tema, Ralon (2011, p.170) chama a atenção para o fato de que a Guerra às Drogas produziu, como principal consequência, uma profunda e extensa desigualdade, em diversos níveis:

> Todas estas intervenciones dan cuenta de que la llamada guerra contra las drogas ha tenido como principal consecuencia una profunda y extendida desigualdad. Sus costos y beneficios se distribuyen de modos diferentes, con consecuencias específicas en cada caso, entre los países desarrollados y emergentes, entre las regiones centrales y periféricas. Costos y beneficios pagados y percibidos de muy distintos modos por las clases dominantes y las subalternas, por los grupos sociales plenamente integrados, los vulnerables y los desafiliados. Perjuicios y ventajas muy diferentes para los varones y las mujeres, para los ciudadanos nativos y los inmigrantes, en cada país y en cada región. Consecuencias humanas diferenciadas en función de desigualdades sociales, asimetrías de poder, situaciones de dependencia y subdesarrollo preexistentes que, a su vez, la guerra contra las drogas reafirma y ahonda.

O proibicionismo contribuiu para a ascensão da América Latina como a região mais violenta do planeta, medida pelos níveis de homicídios e execuções, execuções extrajudiciais, detenções arbitrárias e pela falta de acesso a serviços básicos de saúde. A região também registra a taxa de homicídio juvenil mais alta do mundo, superando a de países e regiões em guerra (WAISELFISZ, 2008; COUNT THE COSTS, 2012; CARVALHO, 2014). No Brasil também são elevadas as taxas de letalidade decorrentes de ação policial, que se distribui de forma desigual entre determinados territórios e populações, embora existam problemas de notificação na composição destes dados. Entre 2009 e 2016, mais de vinte mil pessoas foram mortas no Brasil em decorrência de ações policiais, majoritariamente homens, jovens e negros (LIMA, BUENO, 2017).

No Brasil, em 23 de agosto de 2006 entrou em vigor a Lei 11.343[24], e que prescrevia medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelecendo normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, entre outras providências. Essa Lei trouxe alguns avanços para a discussão nesse campo: uma concepção ampliada da problemática, a necessidade de romper com estigmatização, a discussão acerca do respeito aos direitos humanos e a consideração das

[24] A Lei 11.343 revogou a legislação anterior, a Lei 6.368 de 1976, que vigorou por 30 anos e que, formulada no contexto da ditadura militar no país, tinha foco bastante marcado nas ações de repressão ao tráfico e consumo de Drogas. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496317/000936179.pdf?sequence=1

diretrizes estabelecidas pelo MS para o cuidado em saúde. Também passou a estabelecer a diferenciação entre porte para consumo pessoal e tráfico, com a extinção da pena de prisão para usuários e aos acusados de cultivo de drogas ilícitas para uso pessoal (que passaram a estar sujeitos a penas e medidas de caráter socioeducativo como advertências, serviços à comunidade e medidas educativas). Mesmo assim, tanto o cultivo e uso continuam a ser definidos como crimes. Além disso, a nova legislação aumentou a pena mínima para o tráfico de drogas de três para cinco anos, resultando em mais pressão sobre um já sobrecarregado sistema penal (BOITEUX, 2006, KARAM, 2008, BOITEUX, 2010).

A Lei 11.343, contudo, foi alvo de muitos embates e discussões, pois não efetivou a descriminalização do uso e não perdeu o viés punitivista (BOITEUX, 2006, KARAM, 2008). Para muitos especialistas, o problema central é não se ter estabelecido um critério objetivo que estabeleça a diferenciação entre usuário e traficante (quantidade máxima, m gramas, cujo porte seria permitido, por exemplo). O artigo 28, parágrafo 2º, da referida Lei, afirma que "Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente."[25]

No contexto brasileiro, que pode ser caracterizado "pela aplicação desigual da lei e pela grande seletividade do sistema criminal" (CAMPOS; ALVAREZ, 2017, p.47), o que seria a suposta inovação da lei (a diferenciação entre traficante e usuário), não parece ter produzido os resultados esperados (BOITEUX, 2006). O que se observou foi o aumento nacional do encarceramento pelo comércio de drogas. Entre 2005 e 2013, a população carcerária dos delitos relacionados com as drogas aumentou 345%, saltando de 32.880 para 146.276 (DEPEN/MJ, 2014).

Segundo dados do Infopen[26], um sistema de informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro, em 2016 o Brasil se tornou o terceiro país que mais encarcerava no mundo, ultrapassando a marca de 700 mil pessoas presas, das quais 40% não receberam sentença, ou seja, quase metade desses presos poderia não estar privada de liberdade caso

---

[25]Importante atualizar que, na contramão de diretrizes preconizadas internacionalmente e informadas por evidências científicas, foi sancionada em 05 junho de 2019 a Lei Federal nº 13840 que dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e altera a lei nº 11.343/06. A redação do parágrafo citado, que trata da diferenciação entre traficante e usuário, contudo, permaneceu inalterada Além de não rever os principais pontos pontos que já foram apontados aqui comos problemáticos da legislação anterior, a nova Lei promulgada tem sido considerada como um retrocesso por muitos especialistas que abordam o tema, especialmente no que tange às mudanças nas diretrizes para ações de cuidado em saúde dirigidas às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, a restrição da participação da sociedade civil no CONAD, entre outras medidas que apontam para uma posição de retirada de direitos e retrocessos.

[26] Disponível para consulta em: http://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias

tivesse sido julgada. Entre os que já foram julgados, 54% das pessoas cumprem pena de até oito anos, o que demonstra que o encarceramento tem sido a única decisão diante de pequenos delitos. Boa parte das tipificações para o encarceramento está relacionada ao tráfico de drogas, sendo 26% da população prisional masculina e 62% das mulheres, enquadradas como traficantes (BORGES, 2019).

Os dados do encarceramento contribuem para a afirmação da seletividade criminal no país: 64% da população prisional se declara negra (pretas e pardas) e 55% são jovens. Embora sejam os homens jovens, pobres e negros o que predomine quantitativamente no nosso sistema prisional, é digna de nota uma curva alarmante do encarceramento feminino entre 2000 e 2014, sem parâmetros comparáveis nesta série histórica, com aumento de 567,4% no contingente de mulheres encarceradas, enquanto o aumento entre homens foi de 220%. Entre as mulheres encarceradas, 50% têm entre 18 e 29 anos e 67% são negras. Diversos pesquisadores têm se debruçado a esmiuçar esses dados, buscando compreender as relações e intersecções entre as políticas de drogas, o sistema econômico de matriz neoliberal, as heranças da estrutura racista e escravocrata e as desigualdades estruturais e estruturantes da sociedade brasileira (BORGES, 2019; ALMEIDA, 2018; SANTOS, 2014; OLIVEIRA, RIBEIRO, 2018;FLAUZINA, 2008; REIS, 2005).

Pela associação com a criminalidade e a violência urbana e pela representação enquanto ameaça para a saúde individual e coletiva, o debate sobre o uso de drogas mobiliza diversos atores sociais (SIMÕES, 2008; VENTURI, 2017). Ao longo das últimas décadas, viu-se crescer em todo o país a preocupação com o consumo de drogas e a incorporação dessa temática no debate público, nas plataformas eleitorais e nas agendas dos governos, visibilizando a necessidade de se formular políticas para o enfrentamento dessa questão (FIORE, 2012).

Especificamente, uma construção social e midiatizada propagou, em todo país, uma crescente preocupação com uma possível “epidemia do crack”. Embora o aumento do consumo de crack nos últimos anos não corresponda ao sentido epidemiológico estrito, o termo epidemia foi utilizado com sentido político, “manipulado e mobilizado em função de criar ou propagar um pânico social e/ou moral”, visando, sob a justificativa da segurança, “apelar ou justificar uma intervenção de poder, ou simplesmente justificar a violência” (ADORNO, 2015, p. 291).

Depois de algumas iniciativas e planos formulados pelo Governo Federal, em dezembro de 2011, foi lançado o Programa “Crack, é possível vencer!”, coordenado por um Grupo

Executivo Interministerial, regulado pelo Decreto n° 7.637, de 8 de dezembro de 2011[27]. No texto da cartilha que apresenta o programa, afirma-se:

> A grande diversidade de problemas trazidos pelas drogas, constitui um grande desafio para a implementação de uma política que exige uma abordagem abrangente e o desenvolvimento de ações articuladas, que contemplem a prevenção do uso, o cuidado ao usuário e o enfrentamento ao tráfico de drogas. Os eixos estruturantes do programa Crack, é possível vencer - prevenção, cuidado e autoridade – pretendem traduzir essa articulação para o enfrentamento do problema.

Com relação ao eixo "Cuidado", o Governo Federal concentrou recursos financeiros e políticos para articular agendas e políticas de saúde e de assistência social e para induzir a ampliação de serviços para os usuários de drogas na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde - SUS, e na rede do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**,** instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011[28], objetivava a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. De acordo com essa Portaria, a RAPS é constituída pelos seguintes componentes e pontos de atenção[29]:

---

[27]Decreto n° 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm

[28] Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_3088_Rede_de_Atencao_Psicossocial.pdf

[29] No bojo de reestruturações das políticas de saúde e de saúde mental, álcool e drogas, a Portaria n° **3.588** de 21 de dezembro de 2017 estabeleceu as seguintes alterações para a constituição da RAPS: 1. acrescentou ao componente II o ponto de atenção denominado "Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas;"; 2. substituiu os pontos de atenção do componente V por a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, b) Hospital Psiquiátrico Especializado, c) Hospital dia; 3. estabeleceu uma nova modalidade de CAPS, o CAPS AD IV, para atendimento pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

Quadro 1: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Componentes	Pontos de atenção
I - Atenção Básica em Saúde	a)Unidade Básica de Saúde; b) Equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. c) Centros de Convivência
II - Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades[1]
III - Atenção de Urgência e Emergência	a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório	a) Unidade de Acolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
V - Atenção Hospitalar	a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
V- Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
VII - Reabilitação Psicossocial[2]	

1 – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS IJ, que se diferenciam quanto a abrangência populacional, horário de funcionamento, equipe mínima preconizada e público-alvo; 2- não tem um ponto de atenção vinculado; é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais. Fonte: Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011

A Política Nacional de Assistência Social – PNAS através do Sistema Único de Assistência Social – SUAS deve desenvolver ações de forma preventiva nas situações de risco individual, social e comunitário integrado a outras políticas sociais visando o enfrentamento das desigualdades (BRASIL, 2004). Para organização de serviços e ações desenvolvidas, o SUAS implementou níveis de serviços a partir da complexidade da proteção social, conforme descrito no quadro abaixo.

Quadro 2: Níveis e serviços da proteção social do Sistema Único de Assistência Social-SUAS

Proteção Social	Descrição	Serviços
Básica	Desenvolve atividades para prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de fragilidade decorrente da pobreza, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos, ou fragilização de vínculos afetivos (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras)	• Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) • Programa de atenção integral à família (PAIF) • Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos (SCFV) • Benefícios eventuais • Carteira do idoso
Especial de Média complexidade	Desenvolve programas e projetos de caráter especializado que requerem maior estruturação técnica e operativa, com competências e atribuições definidas, destinados ao atendimento a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos	• Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) • Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) • Centro-Dia de Referência para Pessoa com Deficiência
Especial de Alta complexidade	Oferta serviços especializados com vistas a afiançar segurança de acolhida a indivíduos e/ou famílias afastados temporariamente do núcleo familiar e/ou comunitários de origem	• Serviço de Acolhimento Institucional • Serviço de Acolhimento em República • Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora • Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências

Fonte: BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009[30].

[30] Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf

A Assistência Social como política de proteção social constitui-se pautada na dimensão ética de incluir "os invisíveis", os transformados em casos individuais, enquanto de fato são parte de uma situação social coletiva; as diferenças e os diferentes, as disparidades e as desigualdades. De acordo com a PNAS, constituem seu público os cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como:

> (...) famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida, em especial crianças e idosos; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e/ou pela falta de acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (BRASIL, 2004, p. 31).

O protagonismo da assistência social no cuidado intersetorial com pessoas que usam drogas mostra-se fundamental, ao buscar intervir nas condições de risco social tais como perda de vínculos, estigmatização, pobreza, violência e desemprego, compreendendo que a situação de vulnerabilidade e desfiliação social[31] pode agravar os problemas relacionados ao uso de drogas (MEDEIROS, 2017) e que seu enfrentamento "demanda a oferta de serviços que promovam o acesso a outros direitos fundamentais que, muitas vezes, não estão garantidos às pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas" (BRASIL, 2016, p. 35). Sobre os riscos sociais, Sposati (2004, p.41) faz a seguinte reflexão:

> Os riscos sociais não advêm de situações físicas, psicológicas, biológicas, como a saúde, mas se instalam no campo relacional da vida humana. A assistência social está no campo societário e, como tal, são os riscos sociais advindos dos processos de convívio, de (in)sustentabilidade de vínculos sociais que se colocam sob sua responsabilidade.

---

[31] Para o sociólogo Robert Castel (1993, 1998), há uma relação importante entre o lugar que o indivíduo ocupa na divisão social do trabalho e sua participação em redes de sociabilidade e nos sistemas de proteção estatais, propondo um esquema de leitura para as situações de miséria em que os diversos indivíduos e grupos enfrentam como um efeito de um duplo processo, de conjunção de dois vetores: trabalho e redes sociais. A conjunção desses vetores/eixos resulta na constituição de quatro zonas distintas do espaço social, de acordo com o grau de coesão assegurado, e que definem "quatro modalidades de existência social": estar dentro da *zona de integração* significa que se dispõe de garantias de um trabalho permanente e que pode se mobilizar suportes relacionais sólidos; a *zona de vulnerabilidade* associa precariedade do trabalho e fragilidade relacional; a *zona de desfiliação* conjuga ausência de trabalho e isolamento social (CASTEL,1993; CASTEL, 1998).

As ações no âmbito das políticas sociais, especialmente da assistência social, têm uma dimensão política, em especial relativa à não-naturalização da pobreza e sua inserção no campo da questão social e da agenda das políticas públicas, com práticas alicerçadas em um projeto societário que afirma como princípios: liberdade, democracia, defesa dos direitos humanos e justiça com equidade (SILVEIRA, 2007; COLIN, SILVEIRA, 2007). Para Battini e Costa (2007, p.42),

> É nesse contexto que se colocam as políticas sociais públicas como mecanismos que ao mesmo tempo servem à lógica da sociedade capitalista, ao manter a legitimidade da subordinação do trabalho ao capital, mas também apontam para os limites da lógica do mercado, ao exigirem mecanismos de acesso a bens e serviços cuja justificativa não é dada pela rentabilidade, mas pelas necessidades humanas consideradas como direitos de cidadania e aspectos intrínsecos a um patamar de civilidade.

Na articulação entre essas duas políticas, assim, fica marcada a relação entre uso de crack e populações em situações de vulnerabilidade social, tornando visível uma parcela da população marginalizada socialmente, seja por seu pertencimento aos circuitos de trânsito e moradia nas ruas; seja pelas condições de trabalho "nas franjas entre os legalismos e ilegalismos urbanos" e por isso inserida no circuito prisional (ADORNO, 2015).

As políticas de drogas, no Brasil, reflexo das tensões e disputas permanentes entre os diversos grupos de interesse, apresentam ambiguidades e contradições fundamentais. Ainda que se construa políticas de saúde e assistência social pautadas por uma compreensão de cuidado articulado com o discurso de defesa de direitos individuais e coletivos, tem-se a manutenção da política proibicionista e de repressão às drogas sendo operacionalizada por um sistema jurídico-criminal que atua violando direitos e a dignidade das pessoas (GARCIA, et al., 2008; ASSUNÇÃO, 2015).

Ademais, considerando o eixo "Cuidado", importante notar que a disputa interinstitucional entre os modelos de cuidado tem crescido nos últimos anos e ganhou grande visibilidade após o lançamento, em 2011, do programa Crack, É Possível Vencer, que ao mesmo tempo que investiu na ampliação das redes de atenção psicossocial e de assistência social, deu início à transferência de recursos às Comunidades Terapêuticas – CTs (SANTOS, 2018).

As Comunidades Terapêuticas, ou Fazendas Terapêuticas, têm sido bastante questionadas como estratégia de "tratamento" e "reabilitação" na América Latina, e alvos de denúncias pela sistemática violação de direitos humanos, por meio de práticas extensamente relatadas como: privação de liberdade, castigos, punições, humilhação pública, contenção,

práticas religiosas obrigatórias, trabalho forçado, entre outras (UNICEF, 2006; O'NEILL, 2015; CFP, 2018).

Ademais, as CTs têm fortalecido a moral cristã-religiosa como uma via de controle dos usuários de drogas. Na cruzada em defesa do paradigma da abstinência, as comunidades terapêuticas religiosas representam empreendedores morais[32] que se articulam aos saberes e práticas médicos e jurídicos na defesa do paradigma da abstinência. Tal como diferencia Passos e Souza (2011, p. 158), por *paradigma da abstinência* entendemos algo diferente da "abstinência enquanto uma direção clínica", que pode ser possível e necessária, mas como "uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas", que se exerce de forma coercitiva, "submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso".

O consumo de crack, manipulado como um fenômeno moral, disseminou o pânico social e a justificativa para intervenções compulsórias com as pessoas que, consumindo essa substância em vias públicas, passaram a ser associadas a "zumbis", "mortos-vivos", sem consciência e "dominados pela droga". Situados entre o crime, a doença e o desvio moral, num contexto em que crescem alianças neoconservadoras que demandam o confinamento daqueles que se "alinham ao lado do mal" (ADORNO, 2015, p. 302), reitera-se a proliferação de estratégias de segregação e isolamento que, reconhecidamente, favorecem o aumento do estigma e da marginalização dos usuários de drogas (BRASIL, 2003; UNODC, 2009).

O paradigma da abstinência, dessa forma, produz e sustenta um circuito de exclusão social que passa da criminalização das drogas ao sistema carcerário e "produz" uma população que vive entre as ruas e a institucionalização (ADORNO, 2015). Como "alternativas" à prisão, tem-se os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas, que se utilizam de discursos complementares na manutenção desse circuito.

A compreensão contextualizada sobre o proibicionismo e seus efeitos é fundamental para que se possa construir estratégias e políticas, baseadas nas realidades e saberes locais, tendo em vista a internacionalmente recomendada superação da abordagem coercitiva para uma abordagem que valorize a construção de espaços de coesão social, enfrentando problemas sociais como violência, corrupção, encarceramento, desemprego, bem como as lacunas no acesso a direitos básicos e aos serviços de saúde, educação, cultura, entre outros (UNODC, 2009; UNODC, 2018).

---

[32] Segundo explica Becker (2008, p. 153), as regras não são naturais ou auto evidentes, mas "produto da iniciativa de alguém". Essas pessoas que exibem essa iniciativa são chamadas por este autor de "empreendedores morais", dividindo-se entre os que criam as regras, e aqueles que as impõem ou aplicam.

Nesse contexto, a Redução de Danos (RD) emerge não apenas como uma estratégia de cuidado, mas como um modelo de resistência à narrativa bélica e como exigência ética para esse campo. A RD coloca em cena uma diversidade de contextos e possibilidades de usos de drogas, colocando em questão o paradigma da abstinência e as forças mobilizadoras para a criminalização, a patologização e a condenação moral-religiosa dos usuários de drogas. Entre suas premissas fundamentais traz a perspectiva do acolhimento das pessoas que usam drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos (PASSOS, SOUZA, 2011). No contexto brasileiro e demais países latino-americanos, a RD tem se apresentado com um horizonte conceitual alargado e constitui-se como um campo ético-político, que considera fundamental a intervenção nos contextos onde vivem as pessoas e compreende a necessidade de reduzir a violência e as desigualdades desencadeadas pela guerra às drogas, ancorando a discussão do cuidado no fortalecimento e garantia de direitos sociais e humanos (GALANTE et al., 2009; MENÉNDEZ, 2012; CARVALHO, 2014; PETUCO, 2014; MORAES et.al, 2015).

Partindo das reflexões possibilitadas por esse movimento inicial de síntese e contextualização do panorama nacional das políticas de drogas, esta pesquisa objetiva descrever e analisar o contexto de formulação e gestão de políticas públicas de cuidado dirigidas a pesssoas que usam drogas no âmbito do município de São Paulo/SP, desde a perspectiva teórico-metodológica da Interseccionalidade.

A periodização definida compreendeu os anos de 2001 a 2019. A opção pelo recorte temporal que tem como marco inicial o ano de 2001 e que corresponde ao início da gestão municipal da prefeita Marta Suplicy, se deu pela identificação de marcos conceituais, legislativos e práticos com impacto na política de drogas do município de São Paulo. A produção de dados se encerrou em maio de 2019, por decisão metodológica, embora este tenha sido um ano particularmente intenso na discussão sobre as políticas de drogas, tanto em âmbito nacional quanto municipal.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

2.1. INTERSECCIONALIDADE: HISTÓRICO DE FORMULAÇÃO DO CONCEITO E APROXIMAÇÃO A DEBATES CONTEMPORÂNEOS

No campo das recentes produções acerca da análise das diferenças e desigualdades sociais, identifica-se um crescente investimento na articulação, entrecruzamento e intersecção dos denominados marcadores sociais da diferença (MOUTINHO, 2014). Considerando-se que diferenças e desigualdades são construídas socialmente em determinados contextos culturais e históricos, os denominados marcadores sociais da diferença podem ser definidos como "sistemas de classificação que organizam a experiência ao identificar certos indivíduos com determinadas categorias sociais" (ZAMBONI, 2014, p.13).

As interseccionalidades ou categorias articuladas, expressões usadas, por vezes, como sinônimas, referem-se às relações entre "múltiplas dimensões e modalidades de relações sociais e formações subjetivas" (MCCALL, 2005) e aos resultados das interações, em termos de poder, entre categorias e marcadores da diferença nas práticas sociais, identidades e subjetividades, arranjos institucionais e ideologias culturais (DAVIS, 2008).

O termo "interseccionalidade" foi utilizado pela primeira vez em 1989 pela advogada e teórica feminista estadunidense Kimberlé Crenshaw (1991), no contexto de defesa de mulheres negras que haviam sido discriminadas pela empresa General Motors nos EUA. O tribunal recusou a acusação, aceitando a alegação da defesa de que a fábrica recrutava tanto mulheres quanto negros para trabalhar. Mas Crenshaw apontou, nesse contexto que ilustra bem o que significa a interseccionalidade, que as mulheres que eram contratadas não eram negras e que entre os negros contratados não havia mulheres (CRENSHAW, 1991; HIRATA, 2014). Crenshaw cunha assim, o conceito de interseccionalidade, com o objetivo de "capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação", buscando tratar também da forma como "ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento" (CRENSHAW, 2002, p.177).

O termo interseccionalidade é apresentado por essa autora como uma "conceituação metafórica":

> Utilizando uma metáfora de intersecção, faremos inicialmente uma analogia em que os vários eixos de poder, isto é, raça, etnia, gênero e classe constituem as avenidas que estruturam os terrenos sociais,

> econômicos e políticos. É através delas que as dinâmicas do desempoderamento se movem. Essas vias são por vezes definidas como eixos de poder distintos e mutuamente excludentes; (...) tais sistemas, frequentemente, se sobrepõem e se cruzam, criando intersecções complexas nas quais dois, três ou quatro eixos se entrecruzam. (…) As mulheres racializadas e outros grupos marcados por múltiplas opressões, posicionados nessas intersecções em virtude de suas identidades específicas, devem negociar o 'tráfego' que flui através dos cruzamentos. (...) Esses são os contextos em que os danos interseccionais ocorrem as desvantagens interagem com vulnerabilidades preexistentes, produzindo uma dimensão diferente do desempoderamento (CREENSHAW, 2002, p.177).

Embora seja consenso entre os estudiosas do campo de que a interseccionalidade é forjada nesse contexto, algumas autoras encontram em momentos anteriores do movimento feminista a preocupação em articular diferentes eixos e categorias de diferenças e desigualdades sociais, abordando esta questão antes, assim, de lhe dar um nome (BRAH, PHOENIX, 2004). Como aponta Piscitelli (2008), em toda a história do movimento feminista está presente a busca e a construção de ferramentas analíticas que auxiliem na compreensão e na possibilidade de transformação das desigualdades de poder e de posições sociais em que se encontram as mulheres.

Desde o final da década de 1970, em especial, observa-se a inclusão e crescente preocupação com as outras formas de dominação e desigualdades, além do patriarcalismo, baseadas no racismo, na opressão de classe e em outros sistemas discriminatórios, que poderiam estar presentes nas experiências das mulheres. Em especial, o sujeito político que demanda a atenção para essas questões são as mulheres negras, articuladas a partir do movimento do *Black Feminism* nos EUA. Datadas desse período, já podem ser encontradas produções acadêmicas importantes na área, com destaque para as contribuições de Angela Davis, bell hooks, Audrey Lorde, entre outras (HENNING,2015; VIGOYA,2016).

No Brasil, as questões e reivindicações das mulheres negras como temas de debate político estão colocadas desde a década de 1960, encontrando-se na produção de ativistas e intelectuais (Thereza Santos, Lelia, Gonzáles, Maria Beatriz do Nascimento, Luiza Bairros, Jurema Werneck, Sulei Carneiro, entre outras) as articulações, principalmente, entre gênero, raça e classe para problematizar as diferenças entre mulheres brasileiras que o discurso feminista “branco” e dominante havia ignorado (VIGOYA, 2016).

Há que se dar visibilidade, também, para as discussões promovidas em contextos extra acadêmicos, mobilizadas pelos movimentos sociais. Um de seus marcos simbólicos é o manifesto de 1977 do Combahee River Collective, um coletivo de mulheres negras e lésbicas

sediado em Boston, que defendia uma luta articulada entre a opressão sexual e outras formas de subordinação e discriminação social. O manifesto reunia orientações políticas, teóricas e metodológicas e os princípios normativos que irão também compor o campo de estudos interseccionais: o princípio feminista de que "o pessoal é político", o conhecimento centrado na experiência dos sujeitos e a necessidade de abordar não apenas e de forma isolada as implicações e relações de gênero, mas também de raça e classe, enfrentados enquanto sistemas de opressão que não podem ser hierarquizados e que são indissociáveis (BRAH, PHOENIX, 2004; DAVIS, 2008; HENNING,2015; VIGOYA, 2016). Avtar Brah (2006, 2007) também destaca sua participação na criação, em 1978, na Inglaterra, da OWAAD - Organization of Women of African and Asian Descent, entidade que se propunha a discutir sobre a experiência articulada de classe social, raça, gênero e diferenças culturais na vida de mulheres "não-brancas", num esforço de se compreender e trabalhar com o que era comum, bem como com a heterogeneidade de suas experiências.

Embora não traga uma discussão inédita, o termo tal como foi formulado por Crenshaw trouxe vitalidade e alargou os horizontes dos debates produzidos desde então. A noção de *interação*, que ela apresenta, traz uma contribuição importante, pois possibilita superar as noções de superposição, adição, subordinação *e*/ou hierarquização entre as formas de opressão, predominantes no que se vinha produzindo academicamente (PRINS, 2006).

Desde as primeiras formulações propostas, o termo foi abordado e elaborado de diferentes maneiras. Considerado como uma dos quatro perspectivas proeminentes da terceira onda do feminismo (juntamente com as abordagens pós-estruturalistas e pós-modernas, da teoria feminista pós-colonial e da agenda da "geração jovem") (MANN, HUFFMAN, 2005) ou até mesmo como "a mais importante contribuição do campo de estudos feministas" (MCCALL, 2005, p.1771), a interseccionalidade foi ganhando força nas décadas seguintes, e observa-se uma crescente popularidade, a expansão e articulação com novas fronteiras do conhecimento (BRAH, PHOENIX, 2004; BILGE, 2010). Pode-se afirmar que é axiomático na teoria e prática feministas que "mulher" e "homem" não se constituem enquanto categorias unitárias, e há uma tendência a se considerar simplistas e até irrelevantes análises que não contemplem a interação de gênero com outras categorias da diferença (DAVIS, 2008; BRAH, 2006).

Nesse processo, também, uma série de debates serão instaurados no campo em torno ao uso da interseccionalidade que, por seu caráter aberto e não estruturado, polifônico e polissêmico, agrega múltiplas perspectivas de compreensão e enfrentamento de diferenças e desigualdades. Para alguns autores, assim, interseccionalidade é vista como uma teoria, para outros, um conceito ou "dispositivo heurístico", podendo também ser compreendida como

categoria analítica, estratégia de leitura ou lente analítica (DAVIS, 2008). Pode representar um conceito-chave para análises de políticas que se concentram em múltiplas discriminações e vulnerabilidades, sendo também compreendida como uma teoria transdisciplinar visando relacionar o estudo integrado e contextualizado das estruturas de dominação, arranjos institucionais e formas de governança, bem como as experiências significadas e legitimadas intersubjetivamente (KNAPP, 2005).

Para autoras como Kimberle Crenshaw e Patrícia Hill Collins, sua força está na utilização contextual e prática para analisar desigualdades e opressões concretas e imbricadas, bem como em questões de justiça social, poder e governo, sendo um instrumento de luta política (HANCOCK 2007; HIRATA, 2014; VIGOYA, 2016). Crenshaw, ao formular o termo, não pretendia criar uma teoria de opressão geral, mas denunciar a invisibilidade jurídica das múltiplas formas de opressão e combater desigualdades, vulnerabilidades, desempoderamentos e violações de direitos. O que pretendia pontuar de forma clara com a metáfora proposta é que o posicionamento social das mulheres negras, na intersecção dos eixos raça e gênero, torna suas experiências concretas de violências e de tentativas de enfrentamento qualitativamente diferente das experiências das mulheres brancas (CRENSHAW, 1991).

Collins também argumenta que ao mesmo tempo que é uma "arma política", a interseccionalidade é um "projeto de conhecimento" ou um "paradigma de pesquisa" (COLLINS, 2000; HIRATA, 2014).

O esforço de se identificar e estruturar esses pressupostos, de modo a diferenciar a interseccionalidade de outras abordagens teóricas, vai ao encontro de certo grupo de pesquisadoras que consideram a importância de definir e delimitar o conceito e seus usos. Outras autoras enfatizam a importância de se estabelecer diálogos mais aprofundados com teorias sociais mais amplas que ajudem a subsidiar e aprofundar suas questões de estudo (BILGE, 2009; KNAPP 2005). Para autoras como Kathy Davis (2008), contudo, a força desse conceito, bem como seu crescente sucesso e popularidade, reside justamente no seu caráter ambíguo, aberto e não estruturado, permitindo reunir sob o mesmo signo uma série de trabalhos, com diversas perspectivas teóricas e metodológicas que possam instrumentalizar militantes e pesquisadores em diversificados campos de estudos e práticas.

O fato de ser amplo dá essa abertura para acomodar perspectivas e teorias divergentes, ao mesmo tempo em que cria tensionamentos e debates profícuos. Aqui, apresentaremos alguns aspectos que problematizam pontos importantes de discussão teórico metodológica no campo da interseccionalidade e que nos parecem oportunos para situar o leitor com relação à perspectiva que aqui será adotada: a questão do nível de análise, as diferenças principais na

forma como são abordadas as noções de poder, estrutura e agência, e por fim, a questão da natureza das relações entre as categorias de diferenciação social.

Um ponto de debate importante no campo, e que primeiramente destacaremos, relaciona-se aos níveis de análise com os quais as pesquisas no campo devem se preocupar. Embora encontremos entre alguns autoras a proposição de que uma pesquisa pautada em uma perspectiva interseccional deva contemplar vários níveis (e as interações entre estes) de análise, abordando questões tanto macro quanto microssociológicas, a fim de superar dicotomias e expandir o horizonte teórico da interseccionalidade (COLLINS, 2000; KNAPP, 2005; YUVAL-DAVIS, 2006), Bilges (2009) marca a diferenciação e os embates entre teóricos que defendem, por um lado, a importância da análise em nível "micro", das dimensões subjetivas das relações desiguais de poder, com ênfase nas experiências subjetivas de discriminação: como são vivenciadas, como determinam o acesso a recursos e possibilidades problemáticas, e como se processam nas formações identidárias (KNAPP, 2005). Por outro lado, estão autoras que se utilizam de abordagens estruturais nos estudos sobre as desigualdades sociais, com análises macrossociológicas sobre o impacto das assimetrias organizacionais e institucionais de poder (BILGE, 2009).

Essa diferenciação macro/micro, para algumas autoras, pode ser associada às duas principais correntes às quais se costumam atribuir as afiliações teóricas e genealógicas da interseccionalidade: o *black feminism* e o pensamento pós-moderno/pós-estruturalista (VIGOYA, 2016, DAVIS, 2008). Embora essas duas vertentes apareçam bem destacadas em alguns trabalhos, com diferentes implicações teóricas e políticas bastante significativas, cabe destacar que algumas autoras também vão apontar para o fato dessa polaridade estar demasiado centrada na produção de língua inglesa, e chamam a atenção para o crescente número de produções de outros países e grupos de pesquisadores que dialogam com essas perspectivas, mas que também propõem outras formas de interpretação das articulações das categorias de diferenciação e desigualdade, bem como encontram outros fundamentos teóricos para as análises que desenvolvem (KERGOAT, 2010; MOUTINHO, 2014; HENNING, 2015; VIGOYA, 2016). Para Davis (2008), o conceito é amplo o suficiente para acomodar as necessidades empíricas e analíticas de acadêmicos de diferentes disciplinas (filosofia, ciências sociais, direito, economia, entre outros), perspectivas teórico-metodológicas (fenomenologia, sociologia estruturalista, psicanálise...), bem como de diferenciadas convicções políticas.

Encontramos em Prins (2006) uma proposta de categorização entre as principais correntes teóricas, em duas grandes vertentes por ela denominadas de "sistêmica" e "construcionista". No primeiro grupo, ela situa as produções norte-americanas, com ênfase no

impacto das estruturas de dominação e desigualdade social na formação das identidades, enquanto no segundo grupo estariam reunidas acadêmicas britânicas, que focam na compreensão de poder e de formação de identidade sociais de forma dinâmica e relacional. Situada na perspectiva que ela denomina por construcionista, tece algumas críticas à vertente sistêmica que gostaríamos de destacar e que refletem análises distintas sobre concepções de poder e sobre a tensão agentes/estruturas na compreensão e emprego do conceito de interseccionalidade.

De forma sucinta, Prins (2006) aponta que, na abordagem "sistêmica", o poder é unilateral, e os sistemas e estruturas determinam desigualdades, vulnerabilidades e identidades, vinculadas aos efeitos da subordinação social e do desempoderamento. Nessa vertente, não é negada a agência aos sujeitos, mas a interseccionalidade é utilizada mais como um conceito que mobiliza lutas políticas em torno à (des)construção de um poder que subordina, oprime e determina as identidades, podendo servir como instrumento que contribui com o empoderamento dos grupos em situações de desvantagem ou subordinação. A crítica que esta autora tece com relação a essa compreensão é o fato de que os sujeitos são colocados em posições fixas, estabelecidas pelas estruturas que os determinam.

Por outro lado, na abordagem construcionista, trabalha-se a partir da compreensão relacional de poder, que não é considerado como algo que "se tem ou não": as relações de poder são dinâmicas e se alteram constantemente. Nesse sentido, a abordagem construcionista pode oferecer elementos para a análise que possibilitem revelar a agência dos sujeitos e os modos pelos quais, nas diversas esferas da vida cotidiana, criam-se potência e resistência (PRINS, 2006; PISCITELLI, 2008).

Para Piscitelli (2008), que dialoga com as proposições de Prins, uma questão a ser colocada é que, embora não seja possível negar a importância da abordagem sistêmica e suas contribuições em casos de injustiça social e violações de direitos, algo a ser questionado nessa abordagem é o fato de fundir a ideia de *diferença* com a de *desigualdade*. Já na abordagem construcionista, para esta autora, são traçadas distinções entre categorias de diferenciação e sistemas de discriminação, entre diferença e desigualdade. Considerando, assim que, *a priori*, a diferença nem sempre será um marcador de hierarquia nem de opressão, e que cabe ao pesquisador permanentemente se questionar se a diferença estará se remetendo à desigualdade, opressão, exploração ou a igualitarismo, diversidade, formas democráticas de agência política. Os marcadores, assim, não são vistos apenas como formas de categorização limitantes e determinantes, mas oferecem também recursos e potência (PISCITELLI, 2008).

Destacados, de forma sucinta, estes aspectos nos quais encontramos os pontos nodais em que as abordagens sistêmica e construcionista divergem, iremos nos deter, por fim, num debate importante na área que está relacionado às questões sobre quais categorias devem ser alvo privilegiado de análise e com relação à natureza das relações entre estas.

Os estudos que inicialmente se dedicaram a trabalhar com as interações entre os marcadores da diferença, antes mesmo da formalização do conceito de interseccionalidade, trabalharam com a tríade gênero-raça-classe. Tais entrecruzamentos, contudo, não eram objetos de análises aprofundadas nem davam centralidade a essa imbricação (KERGOAT, 2010). A origem do termo, como já pontuamos, está associada ao movimento feminista negro e os primeiros estudos que se debruçaram sobre a temática, associados a esse movimento, privilegiaram a interação gênero-raça, dando pouco destaque à classe social (KERGOAT, 2010).

Nas produções mais recentes no campo, se ainda há uma predominância da ênfase nessa tríade clássica, com a inclusão da categoria “sexualidade”, bastante trabalhada em suas interações com as demais, distintos movimentos sociais têm convocado pesquisadores a refletir sobre a pertinência política de outros marcadores de diferenças e desigualdades no mundo contemporâneo como nação/nacionalidade, religião, geração, deficiência (MOUTINHO, 2014; VIGOYA, 2016).

Além do aumento de produções que objetivam visibilizar a importância do impacto dos múltiplos marcadores na vida dos sujeitos, há também variabilidade nas formas com que se trabalham as relações entre esses aspectos. Algumas autoras darão centralidade em suas análises para determinada categoria, sublinhando até a maior importância ou superioridade de um marcador em relação aos demais. Em determinados estudos, um marcador pode aparecer como o operador das demais formas de diferenciação e desigualdade. Outras irão refutar essa tendência, colocando a escolha por determinados marcadores como uma questão empírica a ser discutida a partir de seu objeto de estudo, em determinado e localizado contexto sócio histórico.

Um ponto que parece ser de convergência entre a maioria dos estudos, afiliados a uma ou outra das principais abordagens apresentadas, é o posicionamento contra as noções “aritméticas”: os resultados do entrecruzamento dos eixos de diferenciação e desigualdade são complexos e interativos, e não podem ser somados, multiplicados, divididos ou subtraídos. Também se trabalha, de forma geral, com a noção de que não há uma “hierarquização” entre opressões. No entanto, permanece certa incerteza quanto à conceituação da interseccionalidade como “encruzilhada”, "eixos da diferença" ou como um “processo dinâmico” (DAVIS, 2008), bem como quanto à natureza da interação entre os eixos (BILGE, 2010).

Há, nesse sentido, uma variedade de formulações utilizadas pelos pesquisadores em seus trabalhos para descrever as relações e articulações entre os marcadores da diferença (VIGOYA, 2016, BILGE, 2009). São sistemas que se interconectam? São vias distintas que se encontram em determinados pontos para onde os fluxos de opressão convergem? Os eixos são distintos ou concêntricos?

Na metáfora proposta por Crenshaw, a intersecção das estruturas é utilizada para destacar como as categorias de diferença e desigualdade, pensadas como "sistemas de opressão", em suas distintas formas, em determinados momentos "convergem", produzindo situações de vida concreta bastante desiguais para os sujeitos que estão posicionados nestes pontos de confluência dos eixos (CRENSHAW, 1991, p.1245).

Prins (2006) afirma que a interseccionalidade coloca ênfase na compreensão de que estas categorias são articuladas e que se constroem mutuamente, de diversas maneiras, dependendo dos contextos históricos, sociais, fatores culturais, simbólicos. Compartilhando, de certa forma, desta mesma perspectiva, para Brah e Phoenix (2004), raça, gênero e classe não são campos isolados da experiência, mas se constituem mutuamente através de relações dinâmicas, contraditórias e conflitivas.

Embora Daniele Kergoat estabeleça críticas à noção de interseccionalidade, preferindo trabalhar com os conceitos de consubstancialidade e coextensividade, uma crítica importante colocada por esta autora é que os estudos interseccionais trabalham a partir da perspectiva de "categorias", privilegiando uma ou outra em suas análises. Ela propõe que a análise seja centrada nas "relações sociais" que são complexas, contraditórias, consubstanciais e coextensivas. Com isso, quer dizer que as relações sociais são dinâmicas, indissociáveis no plano da experiência e das práticas dos sujeitos, deixam sua marca umas nas outras e se constroem mutuamente. Ao dissociar as categorias das relações sociais no bojo das quais foram construídas, corre-se o risco de invisibilizar pontos e nós que podem "tanto revelar os aspectos mais fortes da dominação como sugerir estratégias de resistência" (KERGOAT, 2010, p.98). Outro aspecto importante que aponta é que a noção de intersecção, para ela, coloca as relações em posições sociais fixas, dividindo e setorializando mobilizações coletivas, da mesma forma com que trabalha o discurso dominante, ao enquadrar os sujeitos em identidades previamente definidas (KERGOAT 2010).

Assim como estes já citados, muitos trabalhos irão rejeitar hierarquias e assimetrias de poder entre os eixos de diferenciação social, e buscarão construir conceituações para as relações entre as categorias, entendidas numa perspectiva dinâmica e compreendendo que estas "não são idênticas entre si, mas existem em relações íntimas, recíprocas e contraditórias" (PISCITELLI,

2008, p. 268). Contudo, nem sempre oferecem perspectivas ontológicas e epistemológicas que possibilitem a compreensão do enunciado de que são “mutuamente constitutivas” (BILGE, 2009, BILGE, 2010). Tal afirmação carece de aprofundamento teórico, no sentido de explicitar mais claramente tais relações. O que significa dizer que se constituem mutuamente? De que forma isso se processa: simetricamente ou por sobreposição em determinados contextos? As categorias são dependentes umas das outras? (BILGE, 2009, BILGE, 2010)

Nesse sentido, algumas autoras, apesar de reconhecerem que, no cotidiano, na vida concreta, as pessoas vivem as diferenças de forma simultânea e integrada, enfatizam a importância de "manter a dissociação analítica" entre as diferentes categorias. Com essa premissa, pretende-se enfatizar as distintas bases ontológicas e a contextualização e historicização da construção das categorias de diferenciação e desigualdade social (KNAPP, 2005; YUVAL-DAVIS 2006; BILGE, 2009).

Yuval-Davis (2006) constrói a argumentação de que a base ontológica de cada um dos marcadores da diferença é autônoma e prioriza diferentes esferas das relações sociais. Aponta, entre outros exemplos, que:

> (...) as divisões de classe estão enraizadas nos processos econômicos de produção e consumo; gênero deve ser entendido não como uma diferença social "real" entre homens e mulheres, mas como um discurso que se refere a grupos de sujeitos cujos papéis sociais são definidos por sua diferença sexual / biológica [...] diferenças étnicas e raciais referem-se a discursos de coletividades construídos em torno das fronteiras de inclusão e exclusão, que podem ser construídos de forma permeável e mutável em diferentes graus e que dividem as pessoas em "nós" e "eles"(...) (Yuval-Davis, 2006, p.200-201).

Com esse argumento, aponta-se na direção de que as categorias não sejam reduzidas uma a outra, desconsiderando as suas especificidades. Da mesma forma, procura-se evitar os reducionismos que abordagens que trabalham com analogias propõe, como a teorização da categoria “mulheres” como classe, produzida e reproduzida nas relações de produção capitalista, ou a construção do conceito de sexismo com base no modelo do racismo, por meio de sua naturalização e descontextualização histórica. Cada categoria tem ontologias específicas e uma história localizada social e culturalmente (KNAPP, 2005, BILGE, 2010).

Brah (2006), embora concorde que as categorias se constroem de forma múltipla e dinâmica, também chama a atenção para o fato de que não podem ser consideradas de forma generalista. Afirma que uma categoria não é nem redutível a outra nem inteiramente autônoma e que a procura de grandes teorias especificando as interconexões entre racismo, gênero e classe tem sido pouco produtiva. Essas interconexões seriam melhor compreendidas como relações a

serem contextualizadas historicamente. Por meio dessa formulação, é possível afirmar, por exemplo, que existem diversos tipos de racismos, que assumem diversificadas formas e posições, configurados historicamente em contextos e circunstâncias econômicas, políticas e culturais específicas, produzidos e reproduzidos através de diversificados mecanismos, e que se articulam com outras categorias de diferenciação de maneiras específicas em determinadas condições históricas.

Esse pensamento pode ser complexificado e aprofundado a partir do diálogo com o pensamento decolonial e as produções teórico-práticas das feministas latino-americanas e caribenhas, que têm buscado situar sua luta política e produção acadêmica a partir das particularidades históricas que colocam essa região numa relação de dependência e exploração, no contexto das complexas relações de poder que constituem o sistema global capitalista. Para algumas autoras, que buscam uma genealogia própria desse movimento, desde os anos 1970 e 1980, já se fazia presente a crítica à representação da "Mulher" de classe média, branca, heterossexual e a necessidade de superar o discurso que situava as feministas não europeias como "fora" das estruturas sociais, objetificadas e vistas "siempre como víctimas y no como agentes de su propia historia con experiencias importantes de resistencias y luchas y teorizaciones" (CURIEL, 2009). Ao longo dos anos 1990 e especialmente a partir dos anos 2000, considera-se que houve uma mudança no movimento, que passa pela superação de uma política reivindicatória pelo reconhecimento das diferenças identitárias, para a necessidade de construção de uma prática social e política que considere, como premissa e objetivo, a descolonização de saberes e poderes (CURIEL, 2009; LUGONES, 2012, ESPINOSA, 2012).

Tendo como objetivo ampliar as possibilidades de compreensão dos sistemas que operam produzindo opressão e subordinação das mulheres e outros grupos subalternizados, destaca-se a incorporação das análises sobre a "colonialidade do poder", conceito forjado por Anibal Quijano, e que busca integrar e articular as múltiplas hierarquias de poder que se estabelecem, como parte de um mesmo processo histórico, que se inicia no século XVI com a conquista e colonização da América. No centro da "colonialidade do poder" está o padrão de poder colonial que articula e constitui a complexidade dos processos de acumulação capitalista em escala global e a "invenção" de noção de raça e de uma hierarquia racial/étnica (e suas classificações derivadas: superior/inferior, povos civilizados/bárbaros, entre outras) como instrumento de dominação social e como forma de organização das práticas de exploração dos territórios e povos colonizados (QUIJANO, 2007; CÁSTRO-GOMES, GROSFOGUEL, 2007).

Nessa perspectiva, a colonialidade do poder é um princípio organizador e afeta as múltiplas dimensões da vida social, desde a sexualidade, a autoridade, as relações de gênero,

instituições, o trabalho, as organizações políticas, estendendo-se à subjetividade e às estruturas de conhecimento (QUIJANO, 1992; QUIJANO, 2007). Uma implicação fundamental dessa noção é que o processo de descolonização se limitou à independência jurídico-político dos territórios coloniais. Assim, ainda se faz necessário um giro em direção à uma "segunda descolonização", à qual alude-se com a categoria "decolonialidade", que visa "dirigirse a la heterarquía de las múltiples relaciones raciales, étnicas, sexuales, epistémicas, económicas y de género que la primera descolonialización dejó intactas"(CÁSTRO-GOMES, GROSFOGUEL, 2007, p.17).

Para Lugones (2012, 2014), a modernidade organiza o mundo em categorias, definindo-as como homogêneas, atômicas e separáveis. A lógica opressiva da modernidade colonial se fundamenta nessa lógica categorial, dicotômica e hierárquica, sendo a hierarquia dicotômica entre "humano" e "não humano" a dicotomia central. Nesse sentido, esta autora propõe o conceito de "colonialidade de gênero" ao referir-se à introdução colonial de um sistema de organização social que "dividió a las gentes entre seres humanos y bestias" (LUGONES, 2012, p.134) e afirma a necessidade de que não apenas se reconheça as *diferenças* mas também a sua natureza relacional. Com isso, coloca uma crítica à interseccionalidade, tal como formulada por Crenshaw, por considerar que esta noção favorece a fragmentação das relações em categorias homogêneas, criando posições fixas e dividindo os movimentos sociais.

Nas análises e práticas de um feminismo decolonial, parte-se do pressuposto de que não há hierarquia entre os regimes de poder e sistemas de opressão: Raça, gênero, sexualidade, classe se co-constituem em processos complexos, heterogêneos e múltiplos. Considerar essa "matriz de dominação" a partir das experiências situadas dessas mulheres, articulada a ação política, para essas autoras, é o que dá ao feminismo um sentido radical (CURIEL, 2009; LUGONES, 2012; ESPINOSA, 2012).

2.2 DIFERENÇA COMO CATEGORIA ANALÍTICA

Para Mara Vigoya (2016), a interseccionalidade deve ser compreendida como uma pergunta em aberto, que só pode ser respondida em contextos específicos e a partir de investigações concretas. Para esta autora, não se trata de enquadrar a interseccionalidade enquanto uma teoria, método, categoria analítica ou jurídica, nem de encontrar a metáfora mais adequada para expressar as relações entre as distintas categorias de diferença e desigualdade. Assim, considera que não se deve adotar uma atitude prescritiva e preservar o "princípio de abertura às diferenças" como uma condição para os estudos interseccionais e a reflexão permanente sobre "a tendência que tem qualquer discurso emancipador a adotar uma posição hegemônica e a engendrar sempre um campo de saber-poder que comporta exclussões e coisas não-ditas ou dissimuladas" (VIGOYA, 2016, p.14)

Piscitelli (2008, p. 266), indo ao encontro desse princípio, apresenta uma boa síntese do que significa a proposta de trabalho com as interseccionalidades e/ ou categorias de articulação:

> (...) oferecer ferramentas analíticas para apreender a articulação de múltiplas diferenças e desigualdades. É importante destacar que já não se trata da diferença sexual, nem da relação entre gênero e raça ou gênero e sexualidade, mas da diferença, em sentido amplo para dar cabida às interações entre possíveis diferenças presentes em contextos específicos.

Para Henning (2015), a definição acima, proposta por Piscitelli (2008), revela uma importante contribuição do campo feminista de estudos interseccionais: trata-se do deslocamento da obrigatoriedade de partir de um marcador específico para desenvolver a análise que se pretende, para uma abertura às produções e configurações de diferenciações sociais e de desigualdades, com a preocupação de sempre contextualizá-las cultural e historicamente.

Com isso, para esse autor, os estudos poderiam superar a premissa de se trabalhar sempre a partir da tríade raça-classe-gênero como marcadores fundamentais e obrigatórios, considerando que não se pode identificar, *a priori*, em determinado contexto, quais seriam as diferenças tidas como relevantes. Também considera que o deslocamento na ênfase das análises auxilia na resolução de uma questão importante no campo, que é a "infinita proliferação de diferenciações possíveis". Com isso, quer contribuir com a consideração de que não é necessário, muitas vezes, utilizar-se de toda a lista de marcadores que se conhece para desenvolver a análise social interseccional, mas que se deve estar aberto e atento para captar as

articulações entre aqueles que se mostram relevantes, ou, como coloca, “as diferenças que fazem diferença” em determinados contextos históricos, socioculturais e políticos (HENNING, 2015, p.111).

A fim de aprofundar esta compreensão, importante destacar a contribuição de Brah (2006), escolhida como referencial analítico desse trabalho. Por meio de uma revisão histórica sobre o debate em torno ao uso do termo “negro” na Grã-Bretanha, analisa a forma como a noção de “diferença” é construída de maneiras diversas dentro desses discursos. O que ela argumenta, nesse percurso, é que a utilização do termo “negro” (assim como “indiano” ou “asiático”) está mais relacionada ao conjunto de significados, referências culturais e valorações simbólicas que lhe foram atribuídas em determinado contexto sócio histórico do que à natureza do seu referente. Evidencia, assim, que o conceito de “diferença” é construído de maneira diversa nos diferentes discursos, podendo ser associado a diversos significados, que revelam também diferentes estratégias e resultados políticos.

O conceito de diferença, para essa autora, se refere à variedade de maneiras como discursos específicos da diferença são constituídos, contestados, reproduzidos e ressignificados. Algumas construções da diferença postulam fronteiras fixas e imutáveis entre determinados grupos sociais enquanto outras construções podem apresentar a diferença como relacional, contingente e variável. As questões a serem analisadas, então, não dizem respeito à “diferença” em si, mas a quem define a diferença, como as categorias e grupos são representados dentro dos discursos da “diferença” e se a “diferença” diferencia lateral ou hierarquicamente (BRAH, 2006).

Brah (2006, 2007) propõe, assim, trabalhar com “diferença” como categoria analítica e sugere quatro modos de conceituação, refletindo sobre a diferença como: experiência, relação social, subjetividade e identidade. A partir dessa conceituação, a autora coloca no primeiro plano de análise a articulação dos diferentes elementos a serem considerados e não opera com a dicotomia micro-macro como níveis em oposição, mas como inerentes aos processos de articulação pelos quais discursos e práticas inscrevem relações sociais, posições de sujeito e subjetividades. Em outras palavras, não se trata de privilegiar “macro” e “micro” como níveis de análise, mas de identificar e analisar as relações entre afetos, subjetividades, contextos, relações sociais e políticas.

No esquema analítico formulado por esta autora, aparecem questões fundamentais a serem norteadoras de análise:

> Como a diferença designa o "outro"? Quem define a diferença? Quais são as normas presumidas a partir das quais um grupo é marcado como diferente? Qual é a natureza das atribuições que são levadas em conta para caracterizar um grupo como diferente? Como as fronteiras da diferença são constituídas, mantidas ou dissipadas? Como a diferença é interiorizada nas paisagens da psique? Como são os vários grupos representados em diferentes discursos da diferença? A diferença diferencia lateral ou hierarquicamente? (BRAH, 2006, p.359).

A descrição e análise contextual das políticas formuladas para responder às necessidades e demandas de cuidado de pessoas que usam drogas, no município de São Paulo, parece-nos bastante profícua para a compreensão das complexas relações que se estabelecem entre consumo de drogas, as profundas desigualdades que caracterizam a sociedade brasileira e a formulação de políticas públicas dirigidas ao cuidado de pessoas que usam drogas. Nessa direção, e buscando uma abordagem que auxilie na apreensão da complexidade das relações entre sujeitos, agentes, estruturas, marcadores sociais e instituições, o referencial teórico-metodológico aqui escolhido foi o da interseccionalidade.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar o contexto de formulação e gestão de políticas públicas de cuidado dirigidas a usuários de álcool e outras drogas no âmbito do município de São Paulo/SP, no período de 2001 a 2019, desde a perspectiva teórico-metodológica da Interseccionalidade

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 - Identificar, descrever e analisar acontecimentos, contextos e atores envolvidos na formulação das políticas municipais de cuidado a usuários de álcool e outras drogas

2 - Analisar se (e quais) determinadas *diferenças* foram visibilizadas na proposição das políticas nesse campo

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Tendo em vista a complexidade do campo que constitui o objeto desse estudo, e a necessidade de abarcar de forma aprofundada a realidade a ser estudada, esta pesquisa utilizou técnicas e métodos do campo da pesquisa qualitativa, que se caracteriza por seu caráter compreensivo, contextualizado, interpretativo e dialético (MINAYO, 1993; DENZIN; LINCOLN, 2006; MINAYO, 2017).

A pesquisa qualitativa se caracteriza enquanto uma abordagem de investigação preocupada em trabalhar com os significados atribuídos pelo sujeito aos fenômenos sociais e ao mundo que o cerca. Busca descrever *como* os acontecimentos são produzidos, a partir da perspectiva de quem as vivencia. Parte da premissa de que o conhecimento da realidade é produzido na interação dinâmica entre pesquisadores e sujeitos participantes da pesquisa. Busca compreender valores e percepções de um grupo sobre certo tema, observar relações entre os sujeitos, avaliar políticas e serviços a partir do ponto de vista do usuário a quem se destina e dos demais atores envolvidos no processo (MINAYO, 1993; MACRAE, 2004; DENZIN; LINCOLN, 2006; MINAYO, 2017).

A periodização definida para o estudo compreendeu os anos de 2001 a 2019. A escolha pelo período a ser pesquisado e analisado envolveu um processo de leitura e deslocamento, que passou inclusive pela mudança dos objetivos incialmente delineados para a pesquisa[33]. O recorte temporal buscou seguir uma organização dos processos analisados a partir de *conceitos*, possibilitando que se descortinem simultaneidades, descontinuidades, diferenças, rupturas e permanências (REIS, 2008).

Considerando que se trata de um período longo, também consideramos importante ressaltar que não tivemos a pretensão de reconstruir o processo histórico de formulação das políticas de cuidado, tampouco de produzir uma narrativa que se inicia e termina dentro desse

[33] Essa pesquisa, inicialmente, se propunha a estudar apenas a proposição de políticas municipais voltadas para o uso de álcool e os impactos e problemas decorrentes. A realização das primeiras entrevistas nos fez mudar este percurso, e modificamos objetivos específicos da pesquisa, bem como o título. A questão do álcool é considerada o grande problema de saúde pública, como afirmam os documentos oficiais e levantamentos epidemiológicos nacionais produzidos, e esta afirmação também aparece nas falas de todos os entrevistados. Contudo, verificamos que o principal enfoque das práticas produzidas nos últimos anos, no município, esteve bastante relacionado com a preocupação em elaborar respostas aos problemas associados ao consumo de *crack*, com investimento mais direcionado para ações e abordagens aos usuários nas cenas abertas de uso, especialmente na região central do município. Com isso, não mudamos o enfoque de uma substância para outra - do álcool para o *crack* - mas buscamos compreender de que forma a "questão das drogas", de forma mais abrangente, foi encarada pela municipalidade, especificamente do ponto de vista de formulação de respostas produzidas no âmbito do cuidado aos usuários.

período estabelecido. A opção por encerrar a análise no ano de 2019 (mês de maio, especificamente) não ficou atrelada, assim, à necessidade de descrever todas as ações que foram desenvolvidas desde 2001 até esse período delimitado. Mas considermos importante descrever que esse foi o período até onde caminhamos nesse percurso metodológico, analisando todos os documentos encontrados para, por fim, elegermos os *acontecimentos* que consideramos os mais importantes dentro do período estudado.

Os procedimentos metodológicos adotados foram: pesquisa documental e entrevistas em profundidade. As informações obtidas na pesquisa documental foram complementadas com o material produzido nas entrevistas e vice-versa. O uso de estratégias mistas na produção dos dados reflete uma tentativa de buscar uma compreensão em profundidade do fenômeno em questão, equilibrando conhecimento e descoberta, num incessante esforço de perceber e compreender sentidos e relações a partir dos dados e das informações (DENZIN; LINCOLN, 2006, SOUZA, 2014).

4.1 OS DOCUMENTOS

Parte do percurso analítico foi realizado por meio da estratégia de pesquisa documental, que tem como característica o uso de documentos para produção de dados, evidências e informações (THEÓPHILO, MARTINS; 2009). Entende-se por documentos fontes primárias de dados que servem de testemunho de um momento histórico e, dessa forma, a análise documental permite a apreensão da dimensão do tempo e contexto do objeto de análise (CELLARD, 2014).

Considerando que as políticas de drogas abarcam uma ampla gama de medidas governamentais, realizamos uma pesquisa no site da Câmara Municipal de São Paulo[34], num movimento exploratório inicial, buscando identificar possíveis marcos legais/normativos que apresentassem princípios e diretrizes para, especificamente, o cuidado às pessoas que usam drogas, bem como identificar elementos que ajudassem a compreender articulações e discussões nesse campo, dentro do período compreendido entre os anos de 2001 e 2019[35].

Primeiramente, selecionamos todos os Projetos de Lei submetidos à apreciação na Câmara Municipal de São Paulo, cuja ementa da leitura remetesse a intervenções no campo das

[34] https://www.saopaulo.sp.leg.br/atividade-legislativa/splegis-consulta/
[35] A busca foi realizada até o mês de maio de 2019

políticas de drogas, com proposições e abordagens diretamente relacionadas à redução da oferta, redução da demanda ou redução de danos. Com isso excluímos alguns resultados que aparecem quando utilizada a palavra-chave "álcool", por exemplo, que remete também a etanol (combustível) ou álcool etílico para uso doméstico, assim como projetos de lei de incentivos seletivos e concessão urbanística para a região do bairro da Luz, que apareceram quando utilizada a palavra-chave "cracolândia". Com isso, ficamos com um universo de 90 projetos de lei que foram categorizados a partir da tipologia proposta por Babor et al., (2013): 1. os programas voltados para a prevenção; 2. os programas de saúde e assistência social direcionados para o cuidado dos usuários; 3. o conjunto de leis que proíbem ou regulamentam o uso, porte, distribuição e produção de determinadas substâncias, estabelecendo sanções para a violação dessas proibições.

A leitura do conjunto de projetos de lei submetidos no período delimitado, em diálogo com as reflexões sobre as políticas colocadas pelos interlocutores, possibilitou a compreensão da amplitude do campo, suas interfaces e possibilidades de aprofundamento. Considerando os objetivos do estudo, optamos pelo aprofundamento compreensivo do conjunto de projetos que traziam proposições relativas aos programas de saúde e assistência social direcionados para o cuidado dos usuários. Para análise e triangulação com os dados empíricos produzidos nas entrevistas, por fim, selecionamos apenas leis e decretos que foram aprovados (seis ao todo) compreendidos dentro desse escopo das políticas de cuidado. Listamos aqui, inicialmente, pois serão citados em alguns momentos da análise:

I. Lei n° 13.321, de 6 de fevereiro de 2002. Institui o Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool, e revoga a lei 10.750/89. (Projeto de Lei nº 75/01, da vereadora Lucila Pizani Gonçalves – PT)
II. Lei n° 13.722, de 9 de janeiro de 2004. Institui o Programa de Prevenção e Assistência Integral a Dependentes Químicos no Município de São Paulo e dá outras providências. (Projeto de Lei nº 387/01, do Vereador William Woo - PSDB)
III. Decreto nº 45.870, de 5 de maio de 2005. Regulamenta a Lei nº 13.722, de 9 de janeiro de 2004, que institui o Programa de Prevenção e Assistência Integral a Dependentes Químicos no Município de São Paulo.
IV. Decreto n° 55.067, de 28 de abril de 2014. Regulamenta o Programa De Braços Abertos e altera o Decreto nº 44.484, de 10 de março de 2004, que regulamenta o Programa Operação Trabalho

V. Lei nº 17.089, de 20 de maio de 2019. Institui a Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas, no Município de São Paulo. (Projeto de Lei nº 271/18. Executivo – Bruno Covas).

VI. Decreto nº 58.760, de 20 de maio de 2019. Regulamenta a Lei nº 17.089, de 20 de maio de 2019, que institui a Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas, na qual se insere o Programa Redenção, bem como organiza o Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica - SIAT no Município de São Paulo.

Para complementar a pesquisa documental, também buscamos Portarias Municipais, publicadas no período selecionado, no site da Câmara Municipal. Entre as que apresentavam proposições referentes ao cuidado nesse campo, não identificamos nenhuma que apresentasse diretrizes teórico-conceituais para as redes de atenção e cuidado. Em linhas gerais, tratavam de estabelecer normativas para monitoramento dos serviços, designação de membros para comitês de gestão e acompanhamento de programas específicos, designação de membros do Conselho Municipal de Políticas de Drogas e Álcool - COMUDA, inclusão de novos serviços nas redes municipais de saúde e assistência social, em consonância com as proposições do Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social, entre outras. Assim, nenhuma foi selecionada para compor o conjunto de documentos analisados.

Também foram realizadas buscas no site da Prefeitura de São Paulo[36] e na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – BVS SMS São Paulo[37], procurando documentos produzidos no âmbito municipal e que apresentassem princípios, orientações e diretrizes para as ações de cuidado dirigidas às pessoas que usam drogas: documentos técnicos, relatórios de gestão, levantamentos epidemiológicos, materiais de apoio de conferências municipais, planos e programas desenvolvidos (ainda que não tenham sido regulamentados por leis, decretos ou portarias), entre outros.

Importante esclarecer que a categoria analítica "cuidado", estabelecida a partir dos objetivos do estudo, não foi construída a partir de um marco conceitual [38]do campo da Saúde Coletiva, embora nos coloquemos bastante próximos a este, nas discussões e considerações presentes nesta tese. A definição desta categoria se deu a partir da compreensão da necessidade

[36] https://www.prefeitura.sp.gov.br
[37] http://sms.sp.bvs.br/
[38] Entre os principais autores que trabalham sobre o "Cuidado" em saúde, destacamos as contribuições de Merhy (1998) e Ayres (2001, 2004).

de abarcar as ações desenvolvidas de forma mais ampliada, não se limitando apenas às políticas públicas de saúde e de saúde mental, e englobando também aquelas desenvolvidas no âmbito da assistência social e direitos humanos, de forma mais ou menos integrada.

4.2 AS ENTREVISTAS

A fala e a linguagem são as matérias-primas fundamentais que permitem a veiculação tanto dos significados e das intenções, quanto dos aspectos estruturais presentes nos processos sociais (MINAYO, 1993). A *entrevista* pode ser entendida como uma técnica utilizada para a produção de informações "objetivas", "concretas", assim como pode permitir uma aproximação a aspectos mais "subjetivos", ao universo singular do sujeito entrevistado, suas crenças, ideias, valores, e ao modo como os sujeitos relatam suas experiências. Constitui um processo de interação, no qual tanto o entrevistador quanto os entrevistados são participantes ativos e produtores de conhecimento e é considerado um recurso flexível e importante no esclarecimento de temas-chaves (MINAYO, 1993; SILVERMAN, 2009).

Nesta pesquisa, a produção dos dados empíricos se norteou pela técnica de entrevista em profundidade, devido a sua potencialidade de abordar, a partir de um roteiro predefinido flexível, os significados a as intencionalidades dos atores sociais bem como os aspectos estruturais envolvidos nos processos sociais estudados (BECKER, 1994).

As entrevistas eram norteadas por um roteiro (Apêndice A), cujas questões buscavam traçar as percepções e opiniões dos interlocutores sobre as políticas e práticas no campo de atenção em álcool e outras drogas no município de São Paulo, colocando ênfase nas *diferenças* e marcadores sociais e identitários visibilizados nesse processo. O roteiro utilizado servia de base, mas a entrevistadora buscava construir um diálogo fluido com cada participante, buscando identificar quais seriam os principais pontos de contribuição e singularidades das experiências de cada pessoa entrevistada para o debate, e assim deixando-a explorar e aprofundar mais à vontade esses aspectos.

O desenho da pesquisa contemplou o delineamento de uma amostra de conveniência com informantes-chave. A definição de participantes foi intencional e levou em consideração os objetivos da pesquisa (FONTANELLA et al., 2008). Assim, o conjunto de participantes foi composto por pessoas que mantêm ou mantiveram um envolvimento considerado como significativo no processo de formulação e gestão de políticas, programas e práticas focadas na

construção de respostas, no campo do *cuidado*, para os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas no município de São Paulo, SP. De acordo com Fontanela et al., (2008, p. 20), "o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais não se encontra na quantidade final de seus elementos (o "N" dos epidemiologistas), mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas dele".

Foi elaborada uma lista inicial de possíveis participantes, tendo por parâmetro o objetivo de se atingir um quadro compreensivo amplo, com múltiplas vozes (gestores, trabalhadores do campo da saúde e da assistência social, pesquisadores, membros de associações acadêmicas, membros de movimentos e organizações sociais, membros de redes/associações de usuários de drogas, membros do Conselho Municipal de Políticas de Políticas sobre Drogas e Álcool) que pudessem apresentar experiências construídas a partir de lugares e pontos de vista diferenciados. Alguns participantes transitam ou transitaram entre esses diversos papéis durante sua trajetória pessoal e profissional. A cada entrevista realizada, essa lista inicial de informantes foi sendo revisitada e complementada, a partir da necessidade de complementar informações ou compreender algum aspecto inicialmente não previsto, utilizando a estratégia de recrutamento em cadeia ou "bola de neve" (NOY, 2008), buscando-se uma amostra não probabilística onde os participantes do estudo indicam outros participantes.

Ao todo, foram realizadas 13 entrevistas, durante o período de setembro de 2017 a junho de 2019. O tempo de cada entrevista variou de quarenta e cinco minutos a duas horas. Sempre que possível, priorizou-se a realização de entrevistas presenciais. Com as pessoas que não residem em São Paulo ou que consideraram mais oportuno, a entrevista foi realizada via Skype ou Zoom. Todas as pessoas que foram contatadas manifestaram interesse em participar da pesquisa e com apenas uma pessoa, que encontrou dificuldades em sua agenda de trabalho, não foi possível a realização da entrevista.

De acordo com as normas para pesquisa prescritas pelo Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi apresentado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP) e aprovado sob o parecer n° 2.056.573 em 10 de maio de 2017 (Anexo A). Todos os sujeitos participantes aceitaram e confirmaram sua participação por meio de assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e, na sequência, foi realizada a verificação da acurácia das transcrições. O material transcrito foi encaminhado por e-mail aos entrevistados para que fizessem a exclusão de trechos ou correções de palavras que julgassem necessárias.

Durante o processo de transcrição, consideramos a possibilidade de rever o anonimato, para conferir a justa autoria das valiosas contribuições que cada participante trouxe para este trabalho. Não conseguimos, contudo, a autorização de todos e por isso optou-se pela manutenção do anonimato e confidencialidade, previstos no TCLE, para todos os participantes. Assim, as citações literais são identificadas pela palavra Interlocutora ou Interlocutor, e o número correspondente à entrevista realizada (1 a 13). No quadro abaixo, apresentamos a caracterização geral das(os) interlocutoras(os).

Quadro 3 – Caracterização das (os) participantes da pesquisa

Interlocutor(a)	**Gênero**	**Nascimento (Ano)**	**Formação Acadêmica**	**Áreas de atuação (relativa ao tema investigado)**
1	F	1987	Ciências Sociais	Gestão Advocacy
2	F	1980	Psicologia	Gestão, Pesquisa, Assistência, Advocacy
3	M	1958	História	Gestão, Educação, Assistência
4	M	1958	Medicina	Gestão, Pesquisa, Educação, Assistência
5	M	1944	Medicina	Gestão, Pesquisa, Educação, Assistência
6	M	1944	Medicina	Gestão, Pesquisa, Assistência
7	M	1971	Psicologia	Gestão, Pesquisa, Assistência
8	M	1989	Design Gráfico	Advocacy
9	M	1978	Medicina	Gestão, Pesquisa, Educação, Assistência

10	M	1954	Medicina	Gestão, Pesquisa, Educação, Assistência
11	F	1969	Direito	Gestão, Pesquisa, Educação
12	F	1949	Letras e Psicologia	Gestão, Pesquisa, Educação, Assistência
13	F	1955	Medicina	Gestão, Assistência

No processo de realização e análise sequencial do material produzido no diálogo com as (os) interlocutoras (es), optamos metodologicamente pela realização de entrevistas com pessoas que tivessem experiência na formulação e discussão de políticas sobre drogas no âmbito municipal. Esse é o lugar de onde falam nossos interlocutores, ainda que tenham experiências diferenciadas nesse campo. Num primeiro momento da entrevista, convidávamos as (os) interlocutoras (es) a apresentar sua aproximação com o campo estudado, quando traziam suas trajetórias e experiências nas diversas áreas de atuação relacionadas a esse campo. Apenas duas pessoas se identificaram como usuárias de drogas, apresentando inclusive sua trajetória de experimentações e usos de substâncias psicoativas nessa primeira parte da entrevista, sendo também estas participantes de associações de usuários de drogas ou de movimentos sociais, cuja participação no processo de elaboração das políticas se dá, principalmente, por meio de ações de *advocacy*.

Após a realização e transcrição da última entrevista, consideramos que havia se constituído um mapa bastante heterogêneo e as informações já se mostravam suficientes para responder as questões suscitadas pelos objetivos e hipóteses do trabalho.

O processo de formulação de políticas de cuidado a pessoas que fazem uso de drogas, considerado como um fato histórico e contextualizado, envolve disputas, contradições, significados e interesses diversos (MACHADO; MIRANDA, 2007). As diferentes visões e posições de mundo dos interlocutores também expressam singulares formas de se compreender e agir nesse campo. Para Walter Benjamin, (1994, p.201), “o narrador conta o que ele extrai da experiência - sua própria ou aquela contada por outros. E, de volta, ele a torna experiência daqueles que ouvem sua história”.

Ao compartilhar as nossas experiências, vamos simultaneamente dando certa organicidade ao vivido e, ao fazê-lo, construímos um movimento de atribuição de sentidos e significados ao que nos aconteceu e nos afetou. O material dialogicamente produzido nas entrevistas, assim, não é um documento qualquer. No processo de compartilhar as experiências vividas e reflexões, escolhemos e ressaltamos aspectos que, naquele momento, atribuímos ter maior relevância, reconstruindo a história; aprofundando a consciência sobre a experiência e, simultaneamente, ao contexto da experiência, dando sentido ao que somos e fazemos individual e coletivamente (LARROSA, 2002).

4.3 ANÁLISE

A análise dos dados produzidos foi realizada *sequencialmente,* e por meio da análise de conteúdo temático, a partir da seleção e definição dos problemas e conceitos e incorporação de descobertas. A pesquisa, assim, foi ganhando formas e contornos durante o próprio processo de realização. A cada entrevista realizada ou documento selecionado, buscamos manter um olhar atento para que informações relevantes e não esperadas fossem apreendidas, levando a um processo de permanente questionamentos e reflexões sobre os objetivos e hipóteses previamente formulados. A análise sequencial também permitiu avaliar a representatividade e qualidade das informações, bem como a necessidade de inclusões e rearranjos de acordo com os dados produzidos e novas descobertas (BECKER, 1994; SILVERMAN, 2009, BARDIN, 2011).

Para Bardin (2011), a análise consiste no tratamento da informação coletada. O tratamento descritivo é o primeiro passo do procedimento de análise e se dá por meio da criação de categorias. Para essa autora, esse processo consiste em classificar os diferentes elementos em compartimentos diferenciados, segundo critérios suscetíveis de fazer surgir um sentido capaz de ordenar os discursos.

A primeira etapa da análise das entrevistas consistiu na leitura minuciosa, objetiva e repetida das entrevistas, mergulhando no material que fora produzido no encontro entre entrevistadora e entrevistado. Fizemos a leitura exaustiva, imanente e cuidadosa de cada uma das entrevistas, buscando levantar os aspectos que se configuraram como mais relevantes na fala de cada participante. A leitura de cada entrevista nos aproximou de alguma questão mais específica, tendo em consideração as características pessoais e inserção profissional

diferenciada no campo. Nesse momento preliminar, exploramos os principais aspectos que se destacaram, identificando as temáticas que se configuravam como mais relevantes, do ponto de vista dos participantes e a partir do diálogo com os objetivos do trabalho.

Na análise documental, foram percorridas as etapas de análise preliminar e análise crítica dos documentos ou fontes. A análise preliminar consiste no exame minucioso do material visando identificar cinco dimensões: o contexto em que foi produzido o documento; o(s) autor(es) como indivíduos, grupos sociais ou instituições; a autenticidade e confiabilidade da fonte, com a verificação da procedência do documento e a natureza do material e, por fim, a identificação de conceitos-chaves e apreensão da lógica interna do texto. Após essa etapa, foi realizada a análise crítica interpretativa reunindo todas as partes (contexto, autor, natureza e lógica interna) que se constituíram como elementos para reflexão da problemática do estudo e diálogo com os objetivos, o material produzido nas entrevistas e a fundamentação teórica (CELLARD, 2014).

Após a leitura repetida e delimitação dos temas prioritários para análise (temas previstos no roteiro e emergentes), o processo de interpretação dos dados se baseou na lente interseccional e no referencial analítico proposto por Brah (2006, 2011).

Hancock (2007, p. 250-251), considerando a interseccionalidade como um paradigma ou "um conjunto de teoria normativa e pesquisa empírica" apresenta seis pressupostos-chave que devem ser considerados nas análises interseccionais: 1. Mais de uma categoria de diferença está implicada na análise de problemas e processos políticos complexos; 2. Deve ser dada atenção a todas as categorias relevantes, considerando que as relações entre essas categorias são variáveis e questões empíricas abertas. As intersecções entre as categorias não constituem uma simples soma das partes, nem se pode considerar, a priori, os papéis e pesos que cada categoria assume em determinado contexto; 3. As categorias de diferença são conceituadas como produções dinâmicas de fatores individuais e institucionais, simultaneamente contestadas e impostas em ambos os níveis; 4. Cada categoria se caracteriza por uma diversidade interior; 5. Uma pesquisa interseccional examina as categorias em vários níveis de análise e as interações entre estes; 6. Considerar a interseccionalidade como paradigma normativo e empírico requer atenção tanto para os aspectos teóricos quanto dos empíricos no desenvolvimento de uma questão de pesquisa.

A escolha pela análise desde a perspectiva da interseccionalidade não nos obriga a buscar identificar, o tempo todo, as infinitas possibilidades de interação entre categorias e marcadores sociais, mas convida à atenção para as "diferenças que fazem diferença" (HENNING, 2015, p.111) num determinado contexto.

A apresentação e discussão dos dados foi organizada em duas partes. Na primeira, buscamos contextualizar a conjuntura das políticas de drogas municipais, dentro do período adotado, e a partir do conjunto de problematizações colocadas pelos interlocutores. Na segunda parte, considerando os objetivos e percurso metodológico adotado nesse estudo, utilizamos a "Diferença" como categoria analítica, como proposto por Brah (2006), ancorando o processo de análise e interpretação dos dados em duas perspectivas conceituais por ela apresentadas: "Diferença como Identidade" e "Diferença como Relação Social".

Ao iniciar este trabalho, tinha uma hipótese de que o paradigma proibicionista, por meio da articulação dos discursos médicos, jurídicos e religiosos, teria construído uma categoria de diferenciação, ao definir parâmetros que dividem a realidade social, distinguindo e excluindo uma categoria de "Outros" que corresponderiam aos "Usuários de Drogas". E as políticas de cuidado especificamente voltadas para esse grupo populacional, construídas desde essa diferença, em sua operacionalização prática produziriam mais estigmatização e exclusão, e não a garantia de direitos.

Mas eu sabia desde o começo que não eram todos e quaisquer "Usuários de Drogas" que seriam visibilizados e transformados em objetos dessas políticas. A diferença que categoriza e exclui, produzindo esse "Outro" como doente e/ou inimigo público, se constrói na articulação entre o lugar social que a pessoa ocupa e a droga que consome, num determinado contexto social e histórico. Não são os jovens usuários de drogas sintéticas nas festas *raves* que são alvos desse tipo de intervenção estatal. Tampouco as usuárias de benzodiazepínicos e outros medicamentos psicotrópicos prescritos. Nem mesmo aquele usuário de álcool que sabe "apreciar com moderação", dentro de todos os construtos e regras socialmente estabelecidos e tolerados para esse consumo.

Assim, no desenvolvimento da análise, assumindo a perspectiva da interseccionalidade e a *diferença* como categoria analítica, perseguimos algumas questões, que foram norteadoras no processo analítico-interpretativo: De quais "usuários de drogas" estou falando? Como este grupo populacional é representado nas políticas de drogas? Como essa *diferença* é definida? Atuam as percepções da *diferenç*a como meio de afirmar a diversidade ou como mecanismo de práticas excludentes e discriminatórias? Legitimam os discursos da *diferença* políticas de estado progressistas ou opressivas?

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE CUIDADO DIRIGIDAS A PESSOAS QUE USAM DROGAS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

5.1.1 Considerações iniciais

A análise do material empírico possibilitou a compreensão da amplitude do campo, suas interfaces e possibilidades de aprofundamento. Considerado como um problema a partir de uma perspectiva de saúde pública e não punitivista, o conjunto de políticas que poderiam ser desenvolvidas tendo em vista a redução de riscos e danos pessoais e sociais associados ao consumo de álcool e outras drogas é bastante amplo. Antes de apresentar os marcos escolhidos e que consideramos relevantes para se problematizar a formulação das políticas de cuidado dirigidas aos usuários de drogas, iremos destacar alguns desafios e importantes aspectos apontados pelos interlocutores que, de forma geral, auxiliam na aproximação do campo e sua complexidade.

A inserção da discussão sobre as questões que envolvem álcool e outras drogas na agenda e arena política acaba por inserir diversos atores e setores da sociedade com diferentes interesses, pontos de vista, visões de mundo e poder de decisão, movimentando também diferentes discursos sobre a população a qual as políticas estão dirigidas (MACHADO; MIRANDA, 2007; RONZANI; COSTA, 2015). Essa observação foi considerada e destacada por alguns interlocutores como um desafio para a formulação e implementação de políticas no município:

> [entre os desafios], um ponto é casar os interesses que os diversos atores têm para que seja em benefício do cidadão, especialmente do cidadão que está usando drogas ou o que poderia usar drogas, se a gente pensa em prevenção. Não é só a visão da saúde, a visão da saúde é uma delas, mas tem dez outras, então você usar uma linguagem que todo mundo fale, que todo mundo entenda é um desafio grande. (...) E por último, acho que um desafio que se tem ao implementar a política é conviver com o contraditório, conviver com as pessoas que pensam diferente (Interlocutor 10).

Com relação a esse desafio de formular políticas em um campo conformado pela disputa de diferentes discursos e práticas, três aspectos foram particularmente destacados nas entrevistas: 1. a importância da superação da lógica bélica e punitivista; 2. a relevância de se

incorporar as evidências cientificas nos processos decisórios de formulação de políticas; 3. a necessidade de se constituir uma política municipal com diretrizes teóricas e técnicas para a abordagem nesse campo de intervenção[39].

Entre dissonâncias e diferentes posições teóricas e políticas assumidas pelos interlocutores, podemos afirmar que houve um consenso com relação à compreensão sobre a necessidade da formulação de políticas e de ações que superem a abordagem coercitiva, pautada na repressão ao consumo e aos consumidores de drogas:

> Enquanto todas as questões forem determinadas apenas por questão de polícia, "questão de droga é uma questão de polícia", a coisa não vai ser resolvida nunca. Pelo contrário, só vai aumentar (Interlocutor 5).
>
> (...) uma outra dificuldade ainda de qualquer política, em geral, é quando persiste nisso, a herança da guerra às drogas que a gente tem, a ideia de que o objetivo da política é um mundo sem drogas ou um mundo quase sem drogas ou que as pessoas que têm problemas com drogas não usem mais drogas nunca mais. Então, enquanto esse for o objetivo, que é um objetivo descolado da realidade, da compreensão histórica do que acontece, aí fica muito difícil para os gestores pensar, quer dizer, implementar as políticas, porque as políticas que trabalham nessa lógica do mundo sem drogas não só não vão chegar nessa utopia ou nessa distopia, melhor dizendo, como elas inviabilizam chegar na discussão sobre o cuidado. Porque se chocam, em geral com outros princípios até mais importantes, mais tradicionais da nossa sociedade, como defesa de direitos humanos, defesa de livre escolha... Tem uma discussão constitucional sobre se é possível criminalizar o uso de drogas ou não. Se a gente tira a conclusão que parece, como os juízes que já votaram no Supremo chegaram, de que é inconstitucional criminalizar o uso de drogas, e isso deveria ser, do ponto de vista lógico, um argumento definitivo para dizer, então nós não vamos pedir um mundo sem drogas porque que está dentro da possibilidade psíquica do ser humano, não resta dúvida, mas inclusive da nossa organização social conviver com esses usos individuais desde que não causem prejuízos. Então se houver usos prejudiciais, nós vamos ter que lidar com isso da mesma forma como a gente lida com todos os outros fenômenos que causam prejuízos à saúde e ao convívio social, à vida em sociedade: prestando assistência, cuidando das pessoas, mediando situações (Interlocutor 9).
>
> Agora, o que eu acredito como política de drogas? Primeiro acho que é a gente tinha que enfrentar que tudo o que a gente assumiu até agora como política de droga está totalmente errado, porque deu tudo errado. A gente não melhorou em nada. O aumento do sistema prisional, em

[39] Sobre esse último aspecto, ressalta-se que, em 20 de maio de 2019, foi aprovada a Política Municipal de Álcool e Drogas. Contudo, todas as entrevistas foram realizadas antes dessa data, e por isso que, em alguns trechos de entrevistas selecionadas e aqui apresentadas, percebemos as falas referindo-se a algo ainda a ser conquistado.

> dez anos aumentou, mais do que dobrou, a maioria das situações com prisão por tráfico de entorpecentes, que é uma coisa que a gente espera que o Supremo reveja agora, a gente está na expectativa que o Supremo se manifeste de uma forma mais apropriada em relação a isso. (...) Então, isso é uma coisa que, no macro, eu acredito que a gente tem que partir pra outro modelo (Interlocutora 11).

A questão da formulação de políticas que sejam informadas por evidências foi levantada em algumas entrevistas, acentuando-se a importância do incentivo às pesquisas e à participação de pesquisadores e acadêmicos nas discussões, buscando suprir lacunas comumente existentes no diálogo entre comunidade científica e tomadores de decisão.

> A gente precisa trazer o debate para a academia e a academia para a política pública (Interlocutora 2).

> O grande nó que eu vejo, o nó maior das políticas públicas, não só de São Paulo, mas do Brasil, é que a comunidade técnica científica não é ouvida, não é respeitada, em qualquer nível. Eu já tive problema com governantes. Porque eles olham o lado político da questão. É mais fácil fazer um programa populista porque rende voto, rende sei lá o que, do que realmente integrar...(...) A gente tem que discutir modelos e tem que discutir política. E existem trabalhos científicos importantes e que falam sobre isso. Mas essa comunidade não é ouvida na montagem de uma política pública (Interlocutor 5).

O desafio da tradução do conhecimento[40] e de reduzir o distanciamento entre o conhecimento científico e as práticas de saúde no enfrentamento de problemas e formulação de políticas públicas tem sido bastante discutido e algumas iniciativas vem sendo desenvolvidas em âmbito nacional (TOMA; BARRETO, 2016). Contudo, as escolhas e priorizações feitas pela municipalidade no que diz respeito à formulação de políticas de drogas sugerem que existem fatores que influenciam a tomada de decisão governamental, além de dados epidemiológicos e outras evidências consideradas científicas. As políticas expressam uma combinação de conveniência política, interesses comerciais, representações sociais e preocupações com saúde e segurança pública (BABOR et al., 2010).

Ainda nessa discussão inicial, um último desafio destacado foi a formulação de políticas que possam nortear de forma ampla as práticas no campo, que sejam duradouras e não apenas voltadas para a resolução de problemas mais imediatos e localizados.

---

[40] No contexto dos esforços para que o conhecimento científico seja incorporado de forma equilibrada, sistemática e transparente ao processo de tomada de decisão, a tradução do conhecimento (no inglês, *knowledge translation*) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um processo dinâmico e interativo de síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento para melhoria da saúde de indivíduos e populações por meio da provisão de serviços e produtos efetivos na saúde (TOMA; BARRETO, 2016, p.3).

> Eu acho que isso é justamente o desafio da gente não ter uma política de álcool e drogas como a gente tem pra educação, pra saúde... que são áreas mais consolidadas. Muda gestão, e pode ter algumas modificações, mas pra escola o pagamento da merenda precisa continuar sendo feito, porque merenda tem que ter, o salário dos professores continua acontecendo... (...) porque a política tá consolidada, entra governo, sai governo, você tem que continuar pagando essas coisas. A política de álcool e drogas não tá consolidada, e tudo que não tá consolidado é um perigo porque pode virar de fato uma aventura com recursos públicos, ainda mais a política de drogas que é permeada por informações pouco científicas, mesmo essa cultura da gente trabalhar com informações mais científicas sobre álcool e drogas é nova no Brasil, não tá enraizada, e ainda tem os setores que se beneficiam do proibicionismo, os setores econômicos. Não só as comunidades terapêuticas, quem vende prevenção, quem vende solução mágica, quem vende consultoria, eu acho sempre um perigo...(...) e a discussão da política de álcool e drogas porque é sempre reduzida a um programa, então por exemplo a gente tá discutindo política municipal de álcool e drogas, e aí se começa a questionar qual vai ser o programa de prevenção na escola... (...) e é preciso entender que realmente não é só um programa que tem que ser feito, mas é mudar o paradigma (Interlocutora 1).

> Uma coisa é a política, outra coisa é o programa. Muita gente confunde. A política é algo mais plural, é algo mais macro, digamos assim (...)O programa é uma coisa mais assim: "temos esse problema agora, o que está acontecendo, como é que a gente resolve, como é que a gente previne, quanto custa, ajuda, não ajuda, como é que a gente lida com essas outras coisas?" (..) Para o programa estar bem, ele tem que ter apoio teórico e apoio técnico de uma política (Interlocutor 10).

> Eu vejo essa política como uma política estratégica de Estado e não de governo. Então, se mudar o secretário, o coordenador do programa ou o governador, tem quem substitua e continue. A adesão é ao programa, não é à fidelidade política. É um plano estratégico do Estado, é uma política de Estado. Não é de governo. Mas não é o que acontece" (Interlocutor 5).

A descontinuidade das políticas é um desafio enfrentado em âmbito municipal. Ainda que as políticas nacionais estabeleçam diretrizes e induzam a determinadas modalidades de cuidado, a análise dos documentos e das entrevistas nos indicam que houve rupturas importantes nos programas municipais desenvolvidos nos momentos de mudança de gestão.

As mudanças políticas interferiram na constituição do SUS e do SUAS no município, e consequentemente, na implementação das redes e serviços públicos, refletindo-se em impermanências e alternâncias nas proposições de políticas, nos arranjos e culturas gerenciais

e organizacionais, nos modelos de atenção e cuidado, na participação popular nos processos decisórios (ALMEIDA; CAMPOS, 2019; PINTO et al., 2009; YAZBEK, 2004).

Na análise do material empírico, escolhemos organizar e apresentar os dados a partir da identificação e análise de *acontecimentos* relacionados ao processo de formulação e implementação de políticas, no campo do cuidado a pessoas que usam drogas, durante o período estabelecido para o estudo, considerando que estes indicam sempre certos "sentidos" para um determinado grupo social, em determinada conjuntura. Após a identificação dos acontecimentos que, em nossa análise, se configuraram como mais relevantes, buscamos identificar e descrever os contextos, atores envolvidos e as articulações e relações entre estes (SOUZA, 2014).

A apresentação e discussão dos dados foi organizada em duas seções. Na primeira, iremos apresentar as mudanças e permanências destacadas no processo de formulação de políticas e práticas de cuidado dirigidas a usuários de álcool e outras drogas, desenvolvidas no âmbito municipal, a partir da identificação de três momentos que enunciam diferentes perspectivas de arranjo das ações desenvolvidas:

1 – O início de uma gestão municipal, em 2001, que assume a perspectiva de saúde pública para o cuidado às pessoas que usam drogas

2 – A "Operação Sufoco", engendrada pela Polícia Militar na região central de São Paulo, em 2012, e suas repercussões

3 – A implementação do "Programa De Braços Abertos - DBA", em 2014, e o desenvolvimento de ações intersetoriais e articuladas entre diversas políticas municipais

Embora as características centrais destacadas em cada um desses momentos escolhidos possam ser observadas também nos períodos anteriores ou subsequentes, a escolha desses marcos ilustram *acontecimentos* que foram considerados significativos no processo de análise do conjunto de proposições de políticas públicas, programas e ações voltadas para o cuidado de pessoas que usam drogas. Assim, não se trata de apresentar um percurso linear, sequencial ou evolutivo desse processo, mas de buscar evidenciar elementos ético-político-teórico-conceituais que favorecem a compreensão de descontinuidades, rupturas, permanências, consensos, dissensos e contradições.

Uma consideração importante a ser ressaltada: O município de São Paulo, capital do Estado de São Paulo, é a cidade mais populosa do Brasil. Dados do IBGE[41] indicam uma

[41] Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama

população de 11.253.503 pessoas em 2010, e uma população estimada de 12.176.866 pessoas em 2019, o que a coloca também como uma das cidades mais populosas de todo o continente. Dividida em 5 grandes regiões administrativas e 23 subprefeituras, impossível falar dessa cidade como se fosse homogênea e desconsiderar as diferenças culturais e territoriais, além das intensas disparidades e desigualdades nos índices de desenvolvimento humano, oportunidades de emprego, acesso a serviços e direitos básicos (SÃO PAULO, 2014b).

Levando isso em consideração, optamos por descrever as políticas inicialmente de forma ampla, apresentando as diretrizes e os marcos conceituais relevantes que foram identificados no material empírico, sem fazer a devida análise de equidade da implementação das opções e estratégias formuladas. Nos marcos 2 ("Operação Sufoco") e 3 ("Programa DBA"), considerando as ênfases colocadas nas entrevistas com relação ao uso de crack e, especificamente, à "Cracolândia", localizada no centro da cidade, esse espaço-território será apresentado de forma contextualizada.

Após a discussão desses marcos políticos e o que evidenciam, em linhas gerais, a segunda seção discutirá sobre as "diferenças" tal como foram enunciadas e visibilizadas nos dados empíricos, problematizando as políticas desde a perspectiva da interseccionalidade, e adotando "Diferença" como categoria analítica (BRAH, 2006).

5.1.2 A institucionalização da perspectiva da saúde pública

A delimitação do ano de 2001 como marco inicial para o recorte temporal do estudo se deu pela identificação, na análise do material produzido nas entrevistas, de que este momento é atravessado por uma série de marcos conceituais, legislativos e práticos que redireciona o posicionamento do município frente a necessidade de enfrentamento da "questão das drogas". Destacamos dois acontecimentos que ocorreram neste ano e que consideramos importantes disparadores para o aprofundamento da discussão sobre a formulação de políticas e práticas de cuidado, tendo como referência o marco da saúde pública, e que serão abordados na sequencia: a instituição de um Conselho Municipal para a discussão e monitoramento de políticas públicas sobre drogas; a reintegração do município ao SUS.

A mobilização para a instituição de um fórum para discussão e formulação de políticas públicas municipais, que resultará na implementação do Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas e Álcool, evidencia-se como um importante movimento neste momento por trazer de forma mais visível as questões relacionadas ao consumo de drogas no município como um fenômeno complexo e multifacetado, que exigia a integração de diversos setores sociais na

formulação de políticas. A implementação deste Conselho Municipal, que terá maior ou menor protagonismo nas gestões seguintes de acordo com arranjos administrativos e disposição política, suscita uma série de aspectos que poderiam ser aprofundados. Destes, optamos por destacar a discussão que foi visibilizada sobre a importância da compreensão de que a abordagem aos usuários de drogas deve ser contextualizada e situada no campo da saúde pública.

Em fevereiro de 2002, foi aprovada a Lei Municipal n° 13.321, que instituiu o Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool. No texto da justificativa do Projeto de Lei que foi submetido à Câmara Municipal de Vereadores em março de 2001 (PL 01-0075-2001) pela vereadora Lucila Pizani Gonçalves, afirma-se a forte preocupação com a questão do consumo e trânsito de substâncias psicoativas e a necessidade da entrada dessa discussão na agenda política municipal. A proposição de um "Conselho Municipal de Entorpecentes" (nome originalmente proposto) teve, como motivação principal, a necessidade de se formular políticas municipais que abordassem a questão com foco tanto na redução da oferta quanto na redução da demanda, considerando as especificidades do contexto municipal.

> Nossa Cidade, apesar desses visíveis impactos sofridos pelo crescimento dos males associados às drogas e dos custos sociais deles decorrentes, não possui um instrumento local para enfrentamento do problema, restando, pois, unicamente a mercê das ações praticadas pela União e pelo Governo do Estado. Nesse passo, é relevante destacar que tais ações, ainda que absolutamente necessárias e oportunas, cuidam, no trato da matéria, de forma mais contundente, da vertente repressiva, ignorando, ou atendendo de forma precária para as necessidades de uma Cidade como a nossa, as vertentes de prevenção ao uso indevido e ao tráfico ilícito de drogas, de tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes (SÃO PAULO, 2001)[42].

Também como justificativa para sua proposição, destaca-se o fato do município de São Paulo não ter se integrado, até aquele momento, ao Conselho Estadual de Entorpecentes e ao Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. Embora tenha sido identificada a existência da Lei n° 10.750, de 26 de setembro de 1989, criando o Conselho Municipal de Entorpecentes - COMEN, objetivando essa integração, não encontramos, em relatos ou documentos, indícios de atividade do COMEN nem de tentativas de regularização e funcionamento. Segundo o texto do PL 0075/2001, o Conselho nunca foi estabelecido de fato

[42] SÃO PAULO. Câmara Municipal. Sistema de Apoio ao Processo Legislativo. Projeto de Lei 0075/2001. São Paulo: 2001.

por uma questão de arranjos organizacionais da estrutura de funcionamento das Secretarias municipais:

> O COMEN era vinculado à Secretaria de Negócios Extraordinários, a qual foi extinta antes da regulamentação e instalação do Conselho, com a agravante, no caso, de que suas atribuições não foram repassadas de forma expressa e direta a outra Secretaria, o que impede sua implementação sem alteração legal, uma vez que por Decreto não se pode vincular o Conselho à estrutura estranha àquela expressamente prevista (SÃO PAULO, 2001)

Nos termos regimentais, dada a relevância conferida ao tema, em 22 de junho de 2001 foi realizada uma audiência pública na Câmara Municipal para a ampliação da discussão e obter subsídios para o parecer dos vereadores sobre o Projeto de Lei. Entre os diversos pronunciamentos registrados, destacamos os seguintes aspectos, colocados por diversos participantes da audiência, entre vereadores, representantes da sociedade civil e representantes do governo municipal: a preocupação com a violência associada à questão das drogas e a necessidade de que este assunto não ficasse restrito ao debate da questão da segurança pública; a importância da mudança do foco da abordagem aos consumidores de drogas, considerada bastante repressiva especialmente nos bairros periféricos, acentuando a necessidade da ênfase de abordagens centradas nas necessidades de saúde das pessoas; a necessária implementação de serviços públicos de saúde para a população, garantindo o acesso universal; a necessidade de articulação das discussões e ações idealizadas ou já realizadas nas diversas esferas do governo municipal, evitando sobreposições; a preocupação de se criar um fórum na cidade de São Paulo para se discutir políticas públicas para a questão das drogas que contasse com a participação e articulação entre Poder Executivo, Poder Legislativo e sociedade civil (SÃO PAULO, 2001).

Durante os debates que se seguiram à apresentação do PL 75/01 nessa audiência, com destaque para a posição manifestada pela representante da Secretaria Municipal de Saúde, sugeriu-se a mudança do nome do COMEN para "Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool", terminologia adotada na Lei Municipal n° 13.321. Entre outros motivos, a justificativa para essa mudança colocava a concepção de que era importante a abordagem conjunta dos problemas relacionados às drogas lícitas e ilícitas, bem como se afastar do termo "entorpecentes", por estar associado aos meios repressivos e a uma visão reducionista do problema.

> A gente teve uma discussão lá na Secretaria da Saúde e achou que se deveria mudar o nome do conselho porque o nome "entorpecente" é

> muito ligado à prática policial, de repressão. Então, talvez a gente pudesse fazer uma coisa diferente, dizer que a nossa visão do problema das drogas e do álcool não é uma visão só de repressão, que a nossa visão é de direitos humanos, de respeito, de tratamento" (SÃO PAULO, 2001, folhas 52-53). [Trecho de pronunciamento, realizado durante a audiência pública sobre o PL 075/01, feito pela representante da Secretaria Municipal de Saúde, Luciana Gonçales, e que foi responsável, por um período, pela coordenação da área temática de álcool e drogas].

Para um dos entrevistados, que acompanhou o processo de implantação do Conselho, essa mudança de nomenclatura foi considerada bastante importante, por representar uma nova concepção na abordagem das questões relacionadas ao consumo de substâncias no município:

> Tive oportunidade de aprender a acompanhar um projeto de lei que vinha de uma manifestação popular, um fórum de políticas públicas de álcool e outras drogas. Por que isso é importante? Porque em 2001, os conselhos de drogas eram conselhos antidrogas(...) E esse conselho aqui da cidade de São Paulo se propõe a ser um conselho de políticas públicas sobre álcool e outras drogas. Isso dá um turnpoint na questão da política do município (Interlocutor 3).

Dentre as contribuições colocadas pela representante da Secretaria Municipal de Saúde neste debate, reiterada por outros participantes, destacamos a ênfase na preocupação com a formulação de políticas, desde uma perspectiva de saúde pública, que abordassem de forma global os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, considerando o impacto em diversos âmbitos. No bojo dessa discussão, também aponta a importância da visibilização dos problemas relacionados às substâncias lícitas como álcool, tabaco e medicamentos prescritos, que poderiam ser alvo de políticas regulatórias, e que acabam por ficar relegados a segundo plano devido à ênfase que se tendia a colocar no combate ao tráfico e repressão ao uso das substâncias ilícitas.

> Existem pessoas com problemas, que precisam ser tratadas, mas além dos dependentes tem um monte de outros problemas, vários outros problemas que estão relacionados ao álcool e às drogas e que não entram no tratamento. Então, tem gente que bebe no final de semana , bate o carro e morre. Então, mortalidade na juventude, causas externas, é a principal causa. E se você for ver os estudos de acidentes de carro e atropelamentos e ver quantas dessas pessoas estavam alcoolizadas, a prevalência é muito alta. Tem gente que usa droga uma vez na vida e tem overdose. Então, tem um monte de problemas relacionados a álcool e drogas, tem gente que é traficante e não usa, tem gente que trem problema na justiça porque foi pego uma vez na vida com um baseado de maconha. Então, é uma gama de problemas que têm que ter várias

> perspectivas, vários olhares diferentes do mesmo problema (SÃO PAULO, 2001, f.52).
>
> Apesar da questão de drogas estar muito mais relacionada à criminalidade, tráfico, também tenho para mim que o problema principal é o álcool, as drogas prescritas por médicos, benzodiazepínicos, anfetaminas, o Brasil é o país que mais consome anfetaminas no mundo. Então, acho que é muito mais fácil você ficar falando que vai combater o tráfico do que você ficar falando que você vai mexer com o poder econômico. Então, por exemplo, regulamentar mais a venda de álcool, aumentar o preço, regular mais os estabelecimentos. Então, isso e uma coisa em que você não precisa mexer muito com traficantes, com coisas que dão medo, que dá para fazer e essas medidas em relação a preço de bebida e disponibilidade são as coisas que mais têm resultado em países europeus. Quer dizer, você aumenta o preço e diminui, por exemplo, a mortalidade por cirrose e isso dá para ver muito fácil, é uma coisa proporcional, e bem interessante. Funciona bastante, assim como regulamentar e controlar mais a distribuição de medicamentos, regular a venda dessas fórmulas para emagrecimento, que é uma coisa muito disseminada (SÃO PAULO, 2001; f.55).

Ao trazer para o debate a compreensão da necessidade da abordagem desta questão desde uma perspectiva de saúde pública, o outro ponto a ser destacado é que a implementação de uma rede de atenção com serviços e práticas direcionadas aos usuários de drogas passou, num primeiro momento, pelo desafio de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus princípios e diretrizes. Importante contextualizar que, em janeiro de 1996, o então prefeito Paulo Maluf havia implantado o Plano de Atendimento à Saúde, dividindo o município em módulos assistenciais gerenciados por cooperativas privadas. O modelo assistencial adotado centrava-se em equipes formadas pela tríade médico-enfermeiro-auxiliar de enfermagem (evitando os custos da composição em equipes multiprofissionais) e colocava ênfase na assistência individual, de atendimento da queixa, com triagem na porta dos serviços e encaminhamento dos casos graves para os hospitais estaduais e filantrópicos (JUNQUEIRA, 2002).

Logo no início da gestão da prefeita Marta Suplicy, em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) assumiu o compromisso de reintegração do município ao SUS e o cumprimento de suas diretrizes, estabelecendo como frentes de atuação: a reconstrução da SMS, a municipalização (assumindo, imediatamente, a gestão de 211 unidades de saúde estaduais), a distritalização, a modernização gerencial e a adoção do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização da rede de atenção. Tendo como meta o enfrentamento das iniquidades existentes, apontou a necessidade de garantia de melhor acesso aos serviços de

atenção básica e aumento de sua resolutividade, integrando-os à rede especializada e hospitalar (SÃO PAULO, 2002b).

Durante esse período da construção do SUS no município, a SMS elegeu seis projetos considerados prioritários: Acolhimento do cidadão nas unidades de saúde; Programa Saúde da Família; Assistência ao Parto e ao recém-nascido (Nascer Bem); Estruturação da atenção às vítimas de violência e do atendimento das urgências e emergências (Resgate Cidadão); Controle do mosquito *Aedes aegypti* e erradicação da circulação do vírus da dengue; Álcool e Drogas e Saúde Mental (Cabeça Feita) (SÃO PAULO, 2002b).

O Projeto "Cabeça Feita" tinha como objetivo geral "implementar políticas de prevenção e tratamento para pessoas que usam e/ou abusam de álcool e outras drogas" (SÃO PAULO, 2002b, p.6). A formulação de um programa voltado para a questão do consumo de álcool e outras drogas como um dos projetos prioritários da SMS aponta para a importância que este tema assume neste momento enquanto um problema que exige a formulação de políticas públicas de saúde. No bojo dessa discussão, o interesse da gestão municipal pelo tema desponta entre os aspectos que parecem ter favorecido a implementação de ações consideradas estratégicas nesse momento.

> O Secretário de Saúde era o Eduardo Jorge, e não era necessário pautá-lo sobre esses temas... Ele era um entusiasta desse projeto, então era importante porque isso dava uma força pra gente chegar nos distritos, promover formações, supervisões, fazer conversas com as pessoas para tentar fazer o projeto deslanchar. Então, acho que foi bem interessante essa priorização desse projeto (Interlocutor 7).

Considerado como uma área prioritária, foi designada uma equipe técnica específica para elaborar um plano municipal de atenção voltado para as pessoas com necessidades de saúde associadas ao uso de drogas dentro da Coordenação de Gestão Descentralizada (COGest) da SMS. Segundo os interlocutores que ocuparam cargos de gestão nesse período, esta equipe desenvolvia o trabalho de forma articulada com outras duas áreas/equipes técnicas: Saúde Mental e DST/Aids. Por volta de 2003, há uma reorganização e a integração entre as equipes, constituindo uma "nova área": Saúde Mental/Álcool e Drogas.

> As pessoas que faziam parte da equipe, eram pessoas jovens sem uma inserção muito forte no campo da política de saúde mental, sem inserção na luta antimanicomial, na reforma psiquiátrica... ainda que compartilhássemos das mesmas ideias, e na verdade, no processo, no trabalho, na coordenação, a gente se aproximou. E aí, por conta da experiência maior da Luciana com AD, sempre teve, pelo menos que eu me recorde, uma atenção em separado para a discussão dos temas AD,

> ele não era visto como um tema secundário, menor ou simplesmente subsumido dentro da discussão de mental. Tanto, que eu me lembre dessa época, a iniciativa de se fazer um conselho municipal sobre drogas foi um trabalho da coordenação municipal da Secretaria de Saúde. Mas é isso, a gente tinha uma interlocução maior com a coordenação de DST/AIDS, não lembro se era exatamente esse o nome aqui, com o Fábio Mesquita que tinha, na história dele, toda a experiência da redução de danos em Santos (Interlocutor 9).

> Eu já entrei, a gestão já tinha começado, eu fiz parte de uma equipe que era coordenada pela Luciana Gonçales, que era uma equipe só de álcool e outras drogas. Nesse primeiro momento quando eu cheguei eram duas áreas separadas, a saúde mental era uma equipe, a questão de álcool e drogas era outra, ainda que se conversassem, tinham pautas em comum, porque também estava começando a questão do financiamento dos CAPS pelo Ministério. Então assim, foi bem interessante, por que eu, de uma certa maneira, já peguei o bonde andando, mas era uma coisa que estava bem em construção. (...) Mais do meio da minha estada pra frente, começou a surgir como se fosse uma nova equipe, uma nova área (...) As duas áreas se juntaram, e aí a equipe cresceu, e ela também começou a ter mais visibilidade (...) acho que foi importante esse movimento de unir essas duas agenda (Interlocutor 7).

Essa configuração inicial expressa, possivelmente, a constituição imbricada desse campo, resultante da sinergia das lutas e construções dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e Redução de Danos. Nessa confluência, duas diretrizes aparecem como fundamentais e irão embasar a formulação das políticas e redes de cuidado a usuários de drogas no âmbito do SUS nesse momento: a Redução de Danos como diretriz para as práticas nesse campo; a implementação de uma rede de serviços comunitária e substitutiva ao hospital psiquiátrico. Ressaltamos estes dois aspectos, que mobilizaram divergências nas narrativas dos interlocutores, indicando rupturas e descontinuidades nas proposições nesse campo.

A questão “drogas endovenosas” se tornou objeto de preocupação das políticas de prevenção e controle da AIDS na cidade de São Paulo no final dos anos 1980 , quando se elaboram as primeiras intervenções para o grupo específico de usuários de drogas injetáveis (cocaína, predominantemente) entre os quais era alto o índice de infecção por HIV devido ao compartilhamento de agulhas e seringas (GRANGEIRO, 1994; REALE, 1997).

Se os usos de drogas considerados “nocivos” ou “prejudiciais” haviam se configurado em décadas anteriores enquanto objeto de intervenção médico-psiquiátrica, centrada no modelo biomédico e hospitalocêntrico, foi a emergência do “usuário de drogas injetável”, como agente importante na dinâmica da epidemia pelo HIV/AIDS que visibilizou a importância da formulação de novas estratégias para o campo das drogas, que ampliassem a atenção em saúde para além das abordagens individualizadas. Os programas de trocas e distribuição de seringas,

oficialmente instituídos pela Secretaria Estadual de Saúde em 1997[43], apontam para a priorização colocada nesse momento na prevenção e minimização de comportamentos de risco relativos à disseminação do HIV e não na preocupação com a suspensão do uso de drogas injetáveis (REALE, 1997). Configurando-se como um "novo paradigma de saúde pública", a adoção da perspectiva da Redução de Danos para as práticas nesse campo, nesse momento, "aporta novas tecnologias em saúde, modificando finalidades, instrumentos, agentes do trabalho" (REALE, 1997, p.65).

> A partir de 1989, a questão do uso de substâncias/ drogas se torna um tema público e um problema de saúde pública ligado à AIDS. No início dos anos 2000, o problema das drogas ainda era da AIDS. Continuava sob esse conceito. Tinha a questão da cola dos meninos na Sé, mas que se sabia ser secundário em relação à condição de vida desses meninos (Interlocutor 4).

> Em 1998, acho, saiu um projeto do Ministério da Saúde, que foi bancado pelo Banco Mundial, que foi um estudo de prevalência de HIV e outras DSTs, hepatite B, C, e sífilis, entre os usuários de drogas injetáveis. (...) a finalidade era tentar implementar um projeto que previa o desenvolvimento de ações de prevenção, de redução de danos, estimular os serviços de DST/Aids das secretarias de saúde estaduais e municipais, entre outras. (...) Então, já existiam ações em andamento, mas o projeto de redução de danos municipal foi estruturado pelo Fábio Mesquita. Quando a Marta assumiu o governo, ela chamou o Fábio para coordenar o programa DST/AIDS, e ele montou o programa praticamente nas linhas que ele é hoje. (...) Criou-se uma coisa muito bem feita em São Paulo. Só que desvinculado totalmente da psiquiatria, da saúde mental, que eu, até hoje, apesar de ser psiquiatra, ter doutorado em saúde mental, trabalhar nessa área de drogas desde sempre, eu não sei porque que a psiquiatria assumiu essa questão... porque é uma área de saúde pública, não é uma coisa psiquiátrica (Interlocutor 5).

No município, os programas de redução de danos foram, no início, majoritariamente desenvolvidos por organizações não-governamentais e militantes do campo da AIDS. Durante os anos 2000, com a diminuição do uso de cocaína injetável e o reconhecimento da relevância da perspectiva da redução de danos para a abordar problemas relacionados ao consumo de diversas drogas em diferentes contextos, a SMS assume essa perspectiva de forma ampliada para o cuidado de usuários de drogas, como estratégia de saúde pública, e no diálogo com as diretrizes do SUS.

---

[43] Lei Estadual n° 9.758, de 17 de setembro de 1997, que: autoriza a Secretaria da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas e dá outras providências;

> Segundo nossa política, a redução de danos é importante. Não é só troca de seringas, é admitir que as pessoas usam drogas, mesmo não sendo bom para a saúde. Se fazem isso, como podemos tratar a questão da melhor maneira possível, nem que seja ajudando-as a usar drogas de maneira mais segura? (...) Devemos admitir que as pessoas usam drogas e que podemos ajudá-las. (...) Isso acaba alargando o público nos lugares de tratamento. Há lugares de tratamentos para pessoas que usam drogas que são muito voltados à abstinência. E aí a pessoa não consegue parar de usar a droga e sai do tratamento. Se você propõe alternativas intermediárias, mesmo que seja meio estranho pensarmos isso, acabamos ajudando mais pessoas do que se propuséssemos só a abstinência (SÃO PAULO, 2001,f.70. Fala de Luciana Gonçales, coordenadora da equipe técnica de AD da SMS, na audiência pública sobre o PL 075/2001).
>
> A guinada pra redução de danos como uma estratégia política nesse momento foi um divisor de águas (Interlocutor 5).

De acordo com as entrevistas e os documentos consultados, as estratégias de redução de danos seguem preconizadas para o cuidado nesse campo, durante todo o período delimitado para este estudo. Observamos, contudo, que há diferentes maneiras de serem apresentadas, e que também há uma alternância com relação às concepções e à priorização da incorporação da RD nas políticas e programas desenhados.

Em 3 narrativas, identificamos uma compreensão de Redução de Danos que a apresenta como uma "alternativa" à abstinência, como um modelo clínico, ou um recurso a ser adotado, dependendo da singularidade e do "desejo" do "paciente". Nesse sentido, não deveria ser considerada como "política pública".

> Antes era a polêmica do beber controlado, que a Jandira Masur era defensora, e aqueles que pregavam a abstinência. E que na verdade continua a polêmica, hoje é a redução de danos versus a abstinência, e o beber controlado nada mais é do que uma das formas de redução de danos. Eu sou favorável às duas, e algumas outras, porque não existe um modelo único, e essa foi uma dificuldade muito grande que eu tive porque eu não conseguia me aliar direitinho a nenhuma das tendências porque eu achava... Achava, acho, e na verdade não acho, eu sei perfeitamente disso, por toda a trajetória que eu tive de quase 30 anos nessa área, de que não há um modelo único, cada situação tem que ser contemplada, não só em tratamento como em termos de prevenção. (...) Eu sou totalmente favorável, mas eu acho que a redução de danos não é política pública, é um modelo de tratamento para algumas pessoas. Existem outros modelos que tem que ser implementados, estimulados, e não pode ficar só em tratamento (Interlocutor 6).
>
> (…) acho que não sabiam o que era uma política; sabiam o que é Redução de Danos e o que é Abstinência, mas isso não é uma política,

> a política não se resume nisso, política é uma coisa muito mais ampla, não é a forma de você atender só um paciente. Assim como, muitas vezes, o pessoal fala "mas você é contra a Redução de Danos?" Eu não sou contra, se o paciente quiser usar. "Então por que você não estimula o uso dos cachimbos?" O uso dos cachimbos não é Redução de Danos. É tão primário você falar que o uso do cachimbo é Redução de Danos quanto você falar que internação é abstinência. São mecanismos que podem ser acionados, mas é muito mais do que isso (Interlocutor 10).

> A gente perguntava para o paciente qual era o desejo dele, como que a gente poderia interagir melhor, como que o município poderia oferecer alguma ação mais efetiva em relação a isso. E aí nós vimos que muitos pacientes gostariam sim de ter um processo de abstinência, de desintoxicação, complementar ou não à ideia da Redução de Danos (Interlocutor 10).

Os demais interlocutores que mencionaram a Redução de Danos em suas considerações sobre as políticas de cuidado municipais, ainda que trouxessem concepções diferenciadas, partem de um mesmo lugar comum: a RD é uma *diretriz*, ética, política e conceitual, para toda a rede de atenção e cuidado. Quando compreendida desta forma, não é vista como antagônica à abstinência como "meta" a ser atingida nos projetos singularmente traçados, mas compreende algumas possibilidades de conceituação: dispositivo para ampliar o acesso e garantir o cuidado a toda a população; estratégias que visem diminuir os riscos e danos associados ao uso de drogas; princípio orientador para o cuidado, que permite transcender a concepção da abstinência como o único ou principal indicador de sucesso/desfecho favorável do acompanhamento, e com isso estabelecer metas como a melhoria de qualidade de vida e participação social.

> A Myres sempre fazia questão de dizer:'a lógica da redução de danos está em toda a nossa orientação pra rede de saúde mental (Interlocutora 1).

> A possibilidade de você ter políticas públicas de Redução de Danos é importante, porque tem gente que vai parar e nunca mais usar drogas, sim. Mas, obrigatoriamente não é esse o sucesso, o sucesso é que essa pessoa, ainda que com uma relação com a droga, consiga se inserir socialmente e ter uma vida digna. E que tenha cuidados básicos, cidadania (Interlocutora 11).

> Política de álcool e drogas não dá para ser "abstinência". (...) Porque você sabe que, tudo bem, pelos dados que os professores, que as universidades mostram, que 30% vai se beneficiar com a abstinência, vai ficar sem usar e vai ficar tudo bem. Mas e os outros setenta, o que você vai fazer? A política do 'De braços abertos' mostrou que era possível você dar suporte para as pessoas, ter um cuidado integral com aquela pessoa, que ela realmente tivesse condição de vida. Que ela pudesse ser útil, que ela pudesse ter felicidade, que ela pudesse viver.

> Viver. E usando drogas. Menos, mas usando, reduzindo o máximo. (...) se tem 30% que vai parar de usar drogas, ótimo. Mas os outros 70% a gente também tem responsabilidade, então é isso que a gente vai trabalhar. Mas é isso, a discussão que se coloca é que 'ou você para de usar drogas ou você não tem nada'. 'Você só ganha o brinquedinho se você não usar mais drogas de jeito nenhum'. Isso não funciona, é impossível (Interlocutora 13).

Com relação à oferta de atendimento às pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de substâncias psicoativas, destaca-se a necessidade de implementação e ampliação de serviços de atenção comunitários nesse período situado no início dos anos 2000.

Para alguns interlocutores, o movimento denominado Reforma Psiquiátrica concentrou esforços na crítica ao manicômio e à visão patologizante da experiência da loucura e no trabalho de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais graves, enquanto os usuários de substâncias psicoativas não foram adequadamente visibilizados nesse processo. Como um dos possíveis impactos desse distanciamento, foi destacada a proliferação das comunidades terapêuticas, instituições filantrópicas e religiosas, exatamente num período em que crescia a crítica ao manicômio e às instituições totais.

Apesar desse distanciamento, a Lei Federal 10.216 de 2001, que regulamenta a respalda a política nacional de saúde mental, também veio a ser o instrumento legal/normativo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, estabelecendo princípios e diretrizes para o cuidado voltado para essa população. Assim como as Portarias e demais normativas publicadas na sequência pelo Ministério da Saúde e que tratam da regulamentação dos serviços da rede de atenção comunitária em saúde mental, álcool e outras drogas. Dessa forma, a implementação de uma rede de cuidados dirigida a população usuária de drogas se deu de forma alinhada às proposições para o campo da saúde mental.

Em 2002, entrou em vigor a Portaria GM 336/02[44], do Ministério da Saúde, acrescentando novos parâmetros para os serviços ambulatoriais, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, direcionando novos serviços específicos para a área de álcool e outras drogas e infância e adolescência, além de criar mecanismos de financiamento para a rede CAPS.

---

[44] BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.* Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM %20336-2002.pdf>.

Na implementação da rede no município, observamos ênfase nos denominados "Centros de Atenção Psicossocial", considerados dispositivos estratégicos dentro da rede comunitária e substitutiva às internações psiquiátricas. A equipe técnica que estava na gestão municipal nesse período investiu na implementação de CAPS e na habilitação de serviços já existentes, como ambulatórios especializados em saúde mental, hospitais-dia e os denominados Centros de Referência em Farmacodependência[45], de acordo com as diretrizes e parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

> Se não me engano, na época, era um momento muito difícil para a saúde pública em São Paulo, que estava saindo do PAS, e no campo da saúde mental em geral, uma das grandes questões ali da gestão, do dia-a-dia da operação da gestão, era fazer a habilitação dos serviços de saúde mental como CAPS, de acordo com as portarias do Ministério. Significava transformar muitos ambulatórios de saúde mental e hospitais-dia, que eram herança do modelo Erundina, em CAPS (Interlocutor 9).

> Eu acho que entre 2001 a 2003, a primeira preocupação era colocar uma rede em pé, realmente ter serviços, a cobertura aumentar, etc (...) estava naquele boom ainda, de uma explosão dessa nova forma de cuidar, de uma coisa mais institucionalizada, mais documentada, financiada pelo governo federal (Interlocutor 7).

A constituição da rede nesse campo também enfrentou o desafio de articular serviços implantados em diferentes períodos e contextos, que apontavam para a diversidade de abordagens, recursos, concepções teórico-práticas e culturas institucionais. Nesse sentido, um interlocutor destaca a publicação da 'Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas', em 2003, como um importante documento norteador para a definição de diretrizes e parâmetros para a rede de cuidado.

> Especialmente em 2003, foi exatamente quando o Ministério da Saúde lança aquela publicação que é a 'Política de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde', que é um documento que inicia o norteamento técnico e político de uma atuação mais consistente assim, mais sistemática. Acho que esse documento é um documento chave para entender qualquer processo do ponto de vista histórico, e isso, enfim, deu um material que muito embora a rede já existisse, a rede de tratamento em São Paulo, as unidades de farmacodependência e tudo mais, ela ganha um impulso aí muito forte, tanto do ponto de vista técnico, político, de diretriz técnica, política e clínica mesmo, mas

[45] O Centro de Referência em Farmacodependência foi uma das unidades criadas em 1996 para atenção à farmacodependência como um subprograma de atenção à saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAPUANO et al., 2003).

> também financeiro, porque a partir daí o ministério começa a financiar parcialmente os serviços, começa a apoiar também com cursos de formação, cursos à distância, a maioria desses no início era presencial, em parceria com universidades federais (Interlocutor 7).

Embora as narrativas e documentos apontem para a preocupação com a implementação de uma rede comunitária, não conseguimos acessar dados que ilustrem como se deu a expansão da rede e a reconversão dos recursos utilizados para o financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos. Desse período, encontramos apenas a informação de que em 2004, final da gestão, havia 40 CAPS implantados (MPF, 2008).

Em 2007, havia 51 CAPS, sendo 5 ainda sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e 46 sob gestão municipal (4 CAPS I, 14 CAPSad, 18 CAPS II , 10 CAPS ij e nenhum CAPS III). Desses 46, apenas 29 estavam habilitados junto ao MS. De acordo com o indicador "CAPS/100 mil habitantes", preconizado pelo MS para fins de avaliação e monitoramento da implantação da rede CAPS e considerando a população naquele ano, o município deveria possuir 108 caps e não 51. Além disso, ressalta-se a ausência de CAPS III, dispositivos fundamentais para o cuidado substitutivo às internações psiquiátricas (MPF, 2008).

Naquele ano, o município foi objeto de ação civil pública que previa a proposta de assinatura de compromisso de ajustamento de conduta[46] , por apresentar nós críticos na implementação da rede de serviços comunitários em saúde mental: baixo nível de cobertura, demanda reprimida, baixa resolutividade, dificuldades na habilitação dos serviços junto ao Ministério da Saúde, entre outros (MPF, 2008).

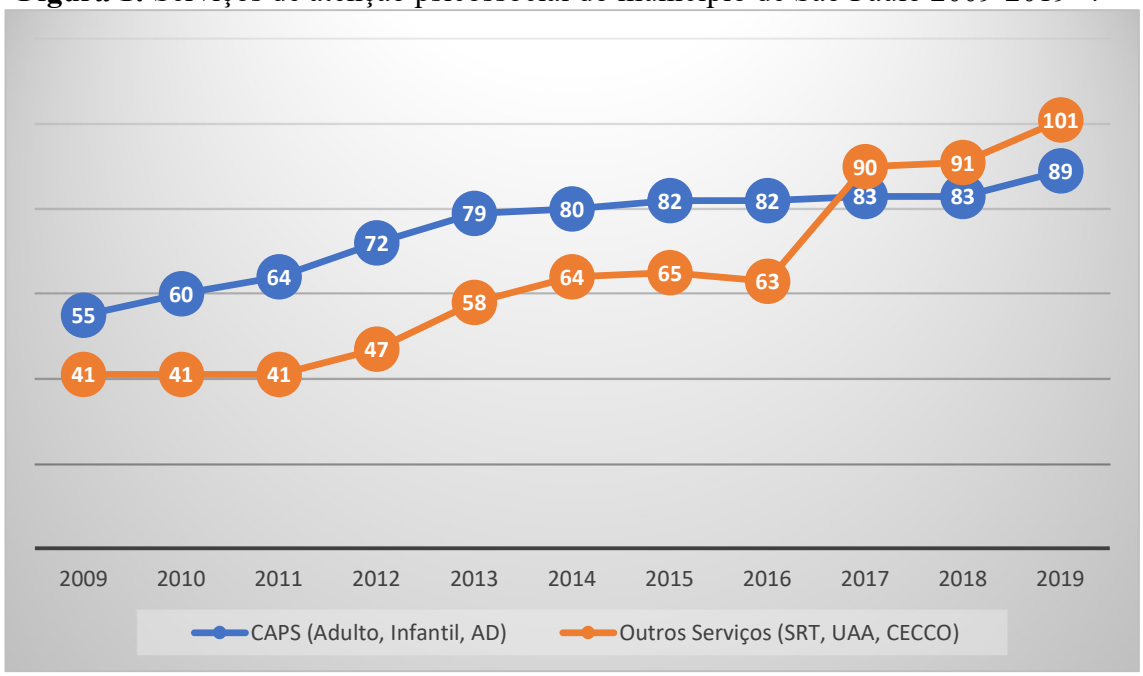
Ainda que em ritmo menor do que o indicado no Termo de Ajustamento de Conduta, a rede de serviços seguiu em expansão. O gráfico abaixo ilustra a ampliação da Rede de serviços de atenção psicossocial no município, desde 2009, ano a partir do qual se encontra acessível o registro sistematizado da evolução da rede. Os dados disponibilizados pela SMS são organizados em dois eixos, conforme o gráfico apresenta: "Centros de Atenção Psicossocial" (englobando toda a rede CAPS, em suas diversas modalidades) e "Outros Saúde Mental" (que incorpora outros pontos de atenção, tais como Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento[47]).

---

[46] Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Estado de são Paulo. Ação Civil pública: Proposta de solução extrajudicial por meio de assinatura de compromisso de ajustamento de conduta com a União Federal, estado de São Paulo, município de São Paulo. São Paulo; 2008

[47] Em 2011, com a portaria RAPS, novos pontos da atenção são previstos, aumentando a diversidade e as possibilidades dentro da rede. Contudo, os dados sistematizados e publicados pela SMS não apresentam a distinção entre estes.

Figura 1: Serviços de atenção psicossocial do município de São Paulo 2009-2019[48].



Fonte: Boletim CEInfo

Pode-se dizer que houve um consenso, entre todos os interlocutores, da complexidade das questões que envolvem o consumo de drogas, que requer a formulação de estratégias e serviços diversificados para se garantir o acesso ao cuidado e atenção em saúde para todos os usuários, respeitando-se as singularidades de contextos, usos, trajetórias de vida. Há contudo, divergências com relação ao melhor ponto de atenção da rede para a garantia da desintoxicação e cuidados ininterruptos, quando necessário. Essa divergência se expressou tanto nas diretrizes normativas e planos municipais quanto na opinião dos interlocutores.

De acordo com informações disponíveis em documentos publicizados, no início de 2012[49], a rede de atenção em saúde mental contava com 416 leitos destinados exclusivamente para os casos de dependência de substâncias psicoativas, sendo 80 em sua clínica própria, o Serviço de Atenção Integral ao Dependente (SAID), e 336 em comunidades terapêuticas (SÃO PAULO, 2012). Além disso, também havia 533 leitos regulados em hospitais psiquiátricos (SÃO PAULO, 2013).

[48] Disponível em : https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=258529

[49] Dados disponíveis em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/noticias/?p=39462

No contexto de regionalização e reorganização do SUS por meio da pactuação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), em 2013, na proposta de adesão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)[50], o município assume a meta de não renovação de nenhum desses contratos e o investimento em implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, CAPS III e Unidades de Acolhimento. Ao final da gestão, havia-se zerado o número de leitos contratados em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

Essa decisão foi polemizada pelos entrevistados. Parte consideram um avanço para o fortalecimento do cuidado comunitário e territorial, enquanto outros consideram um equívoco, tendo a concepção de que é fundamental que o dispositivo de internação em hospitais psiquiátricos faça parte da rede, pois pode ser um recurso necessário em situações de crise. Entre essas discordâncias, ressalta-se que apenas um interlocutor defendeu o encaminhamento para comunidades terapêuticas, com a ressalva de que sejam comprovadamente "(…) *de boa qualidade, técnicas e de acolhimento humanizado* (Interlocutor 6).

> O município tinha convênio, no começo da administração Haddad, com várias comunidades terapêuticas, então a base da política foi essa: acabar com esses convênios, com essas internações, com esse uso das comunidades terapêuticas. Isso, em algum momento, até foi conflito porque o Ministério da Saúde previu recursos para convênios com as comunidades terapêuticas, mas a gente, no município de São Paulo, tirou que a gente não ia usar. (...) Havia discussão. Havia algumas pessoas que poderiam ser beneficiadas de um afastamento do uso, de uma comunidade terapêutica? Sim, até poderia sim ter. Mas a prioridade era a não utilização. (...) Do mesmo jeito, com os leitos contratados em hospitais psiquiátricos. Acabavam os contratos e a gente não renovava mais... O que a gente ampliou? Leito em hospitais gerais (..) e nos CAPS III (...) e fortalecendo a rede (Interlocutora 13).
>
> E aí se confundiu um pouco, a luta contra o manicômio com necessidade de hospitalização. Quer dizer, tem pessoas que devido a problemas psiquiátricos importantes têm uma necessidade de internação supervisionada.. (Interlocutor 5).
>
> [na gestão Haddad] teve um avanço político da maior importância, focado, orientado na redução de danos (...) mas eu acho loucura achar que se pode fechar todos os leitos psiquiátricos de uma cidade de doze milhões habitantes (Interlocutor 3).

Pelo Programa Redenção, regulamentado pelo Decreto nº 58.760, de 20 de maio de 2019, logo no início de seu funcionamento, foi feita a contratação de 300 leitos em hospitais

[50] São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Documento da Rede de Atenção Psicossocial elaborado pelo Grupo Condutor Regional de Saúde Mental para apreciação e homologação do Colegiado de Gestão Regional da RAAS 06. 2013.

conveniados[51]. Salienta-se, contudo, que estes convênios, firmados via programa, não compõem a RAPS do município: os recursos utilizados estão dentro do orçamento do Programa, coordenado pela Secretaria de Governo Municipal, e não da Secretaria Municipal de Saúde.

> Nós vimos que muitos pacientes gostariam de ter um processo de abstinência, de desintoxicação (..) contratamos três hospitais psiquiátricos para poder fazer essa ação, tínhamos 300 leitos. Isso foi logo no comecinho... (Interlocutor 10).

Essas alternâncias denotam tanto as diversificadas concepções teórico-práticas do campo de intervenção em saúde mental quanto as interferências resultantes dos jogos de disputas políticos entre os atores e movimentos que atuam nesse campo. As divergências expressas com relação aos modelos de cuidado não refletem apenas as "opiniões" dos participantes, mas também escolhas políticas com relação a caminhos e investimentos, modos de organização, definição do papel e da interferência do Estado na formulação das políticas (GARCIA et al., 2008; RONZANI; COSTA, 2015).

Além das controvérsias que mobiliza enquanto recurso clínico ou modalidade de atenção, as modalidades de internação involuntárias e compulsórias também foram problematizadas por alguns interlocutores, enquanto estratégia de controle social, no específico conjunto de respostas que passou a se desenhar no município a partir da segunda metade da década de 2000, visando especialmente o enfrentamento das questões relacionadas à denominada "Cracolândia", na região central do município.

No início do período delimitado para o estudo, identifica-se o fortalecimento da discussão sobre a importância da visibilização dos usos de drogas como questão de grande relevância para a saúde pública, ressaltando a magnitude do problema, expressa em termos do impacto na morbimortalidade da população, e a importância de levantamentos e estudos epidemiológicos para estimular a reflexão sobre estes temas e subsidiar decisões para implementação de políticas públicas nesta área. No decorrer da década de 2000, o que observamos é que se acentua a preocupação com o consumo de crack e as situações de vulnerabilidade e desfiliação social dos usuários nas cenas de uso nas ruas, transcendendo o campo médico-sanitário.

---

[51] Dasos disponíveis em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/governo/programa_redencao/index.php?p=27658

5.1.3 "Operação Sufoco": contradições e (des)articulações entre Segurança Pública, Saúde e Assistência Social

Na análise do material empírico, identificamos um importante deslocamento de foco e priorização das políticas municipais sobre drogas a partir da segunda metade da primeira década dos anos 2000. Ao relatarem suas experiências e percepções sobre as políticas, todos os interlocutores acabavam dando maior relevância aos programas e ações voltados para a abordagem dos problemas associados ao consumo de *crack,* com ênfase na região central do município, indicando que essa questão foi priorizada pela municipalidade, exigindo a formulação de respostas específicas, nas diferentes gestões.

> (…) com o passar dos anos, inúmeras outras questões tornaram-se relevantes neste campo, tendo o combate ao uso do crack se tornado prioritário (SÃO PAULO, 2011, p.57).

> Nós mandamos, para a Câmara Municipal e para a Assembleia Legislativa de São Paulo, um monte de projeto de criação de políticas públicas sobre drogas. Pressionamos para que houvesse essa implantação, mas sem sucesso. Todo mundo só queria saber do crack (Interlocutor 6).

Ainda que sua relevância enquanto problema do ponto de vista epidemiológico suscite debates, o uso de *crack* ganhou crescente visibilidade enquanto um problema social, por uma série de fatores contextuais que não podem ser considerados de forma isolada: o aumento do consumo e do número de consumidores dessa substância em cenas de uso nas ruas, o aumento da população em situação de rua no município e principalmente na região central, a associação entre consumo de *crack* e pobreza, os conflitos decorrentes da gestão urbana dos espaços públicos e os projetos de "revitalização" urbana para a região, entre outros.

> A meu ver, a grande novidade dos anos 2000 é que gente muito pobre começa a usar droga. (...) o crack surge como um grande problema. A meu ver, faz ressonância porque mexe com a miséria de forma tão visível (Interlocutor 4).

O aumento da relevância conferida ao consumo de *crack* visibilizou também novas questões a serem discutidas no processo de formulação de estratégias no campo do cuidado e necessárias inovações práticas, mobilizando elementos que transcendiam o repertório acumulado de conhecimentos e ações desenvolvidas, tanto no campo das lutas da Reforma Psiquiátrica quanto dos movimentos do campo relacionado à epidemia da AIDS e suas interfaces com o consumo de drogas.

> O que acontece nesse período, fim dos anos 1990 e início dos anos 2000? Surge o crack. Que inicialmente, em SP, era um grupinho de moleques que usavam no centro da cidade e foi se difundindo para as periferias, quando se torna um problema maior, porque tem um choque com as comunidades, com a população e com a polícia. E aí, os usuários de crack começam a fugir para o Centro. Você vê... no começo, o que tinha ali no Centro, na Praça da Sé, eram os meninos, os chamados "trombadinhas". Depois eles foram substituídos por adultos consumidores de crack. E aí, tem uma outra situação... fugindo da morte. Acho que ali instaurou-se uma prática pública que é uma forma de defesa. É a única droga que você usa na rua? Por que isso? Porque antes não era...eram algumas pessoas, como ainda tem, que consumiam no âmbito privado. Mas há uma divisão social aqui. E quem tá muito ferrado, consome na rua. (...) Então, nos anos 2000, começa a surgir o problema do crack, que arrasta outros.. O crack se torna um problema real, visível, de política pública, mas não tá associado nem na grande história da Saúde Mental e nem na grande história da AIDS. E começa a se tornar um problema, então se começa a ter que se inventar métodos para se lidar com isso (Interlocutor 4).

> Eu acho que uma das questões que houve no Brasil e em São Paulo não foi diferente, porque nesse período aí, o início dos anos 2000 para a segunda metade da primeira década... de 2005 em diante, aí o assunto drogas virou o assunto mais relevante por conta das cenas de uso, nas grandes cidades. E a primeira, mais evidente era a de São Paulo. Então, aí os governos começaram a ter uma pressão fazer alguma coisa, apresentar políticas (Interlocutor 9).

No processo de formulação de políticas voltadas para o enfrentamento das questões associadas ao consumo de crack, em São Paulo, particular ênfase foi dada pelos interlocutores aos programas desenvolvidos especificamente com o foco na denominada "Cracolândia", na região central do município: "Centro Legal" (gestão 2009-2012 Prefeito Gilberto Kassab), "De Braços Abertos – DBA" (Gestão 2013 – 2016 Prefeito Fernando Haddad), "Redenção (Implantado em maio de 2017, no início da gestão do prefeito João Dória e que permanece em implementação e expansão).

Desde o início da década de 1990 há registros da presença de consumidores de crack na região central da cidade de São Paulo, especialmente nas ruas do bairro da Luz. Com o passar dos anos, o aumento da concentração de usuários nessa região e a construção social e midiática do crack como perigo público e ameaça social este espaço-território passa a ser recorrentemente nomeado como "Cracolândia". A "Cracolândia" se torna conhecida pelo "fluxo" de usuários e usuárias de crack e pessoas em circuitos de rua, vivendo um cotidiano de precariedade e sofrimento. Seus ocupantes, nomeados de forma pejorativa como "nóias" e "craqueiros", são também associados à 'degradação' do espaço urbano e ao aumento da criminalidade e violência

na região (FRUGOLI Jr, SPAGGIARI, 2010; GOMES; ADORNO, 2011; RUI, 2013; RUI et al., 2016, NASSER, 2018).

Ao apresentar a analise dos dados produzidos empiricamente e a ênfase nas ações na "Cracolândia", importante enfatizar que não se trata apenas de um recorte por um distrito administrativo do município, e que se mostra fundamental compreender este território como um espaço vivo e vivido, considerando toda a dinâmica de fluxos, processos históricos e relações sociais que o constituem (FARIA; BORTOLOZZI, 2009; FRÚGOLI Jr.; SPAGGIARI, 2010).

A "Cracolândia" sequer se situa em um local fixo e delimitado. Frúgoli Jr. e Spaggiari (2010, p.3), sugerem que se constituiria como

> (…) uma espécie de territorialidade itinerante (PERLONGHER, 1987, 2005 [1988]), o que significa situá-la numa certa área urbana, mas sujeita a deslocamentos mais próximos ou mais distantes, a depender do tipo de repressão ou intervenções exercidas, além das dinâmicas de suas próprias relações internas.

Considerada a maior e mais famosa cena aberta de uso de *crack* no Brasil, a "Cracolândia" têm sido alvo de intervenções estatais desde o seu surgimento. Ao longo dos anos 1990 e 2000, várias iniciativas foram formuladas, baseadas principalmente na repressão aos usuários, por meio de operações truculentas dos órgãos da segurança pública municipal e estadual, e a revitalização do espaço urbano, tanto com reformas estruturais de edifícios e equipamentos culturais quanto com desapropriações e demolições de estabelecimentos como cortiços, pensões e hotéis (FRUGOLI Jr, SPAGGIARI, 2010; GOMES; ADORNO, 2011; RUI, 2013; RUI et al., 2016, NASSER, 2018).

Em janeiro de 2012, teve início uma intervenção policial que se estendeu por cerca de pelo menos um mês, extensamente relatada pela mídia, e que foi nomeada, pela própria Polícia Militar, de "Operação Sufoco". Grande contingente de policiais militares adentraram a área impelindo os usuários de *crack* a deixar o local. Tendo como objetivo a dispersão dos usuários, estes eram obrigados a circular pelas ruas, sem poder se aglomerar nem permanecer de forma fixa em nenhum lugar, sob ameaças das forças policiais, golpes de cassetetes, ronda contínua de viaturas e motocicletas e também, segundo relatos, utilização de balas de borracha e bombas de gás lacrimogêneo (RUI, 2013; MAGALHÃES, 2017).

Não seria a primeira (e nem a última) vez que este espaço-território seria alvo de intervenções estatais violentas, com alternância entre "*ações performáticas*, de caráter público e espetacular, e em *ações cotidianas*, de caráter privado e rotineiro" (RUI, 2013, p. 289), que

atuam de forma complementar. Além das operações midiatizadas[52], há denúncias permanentes de ações policiais violentas contra o fluxo, pessoas que residem na região e trabalhadores da saúde e assistência social, dentre outros, que atuam no território (MARINO, 2018).

Para Rui (2013, p. 290), embora se tratasse de "mais uma" grande operação da Polícia Militar, "diretamente dependente da exposição midiática, realizada para teatralizar o poder e o controle estatais sob tal área", e que, depois de um tempo "tudo tenderia a se reacomodar", a análise conjuntural pode trazer novas indagações e hipóteses. Para esta autora, um dos grandes desdobramentos dessa operação "foi a denúncia dos abusos da corporação levada a cabo por defensores e promotores públicos, bem como uma tensão na cobertura midiática, configurando tipos de mediação inéditos para a área e, por sua vez, conformando novas arenas de disputas" (RUI, 2013, p. 292).

Assim, a delimitação desse acontecimento como um marco nas políticas de drogas municipais se deu por ser possível identificar, de forma simultânea e imbricada, uma série de desdobramentos e debates decorrentes dessa intervenção e que nos possibilitam compreender movimentos fundamentais. Dentre estes, iremos aqui destacar a ação civil pública[53] proposta por promotores do Ministério Público Estadual contra o Governo do Estado de São Paulo, na qual denuncia-se abusos da Polícia Militar, que atuou com extrema violência e truculência. A ação foi construída a partir da tese de ineficiência da "Operação Sufoco", apresentando dados que apontam a irrelevância da operação para a realidade criminal como um todo (discutindo os dados quantitativos relativos à apreensão de drogas, o não desmonte da logística do tráfico na região, a prisão de usuários com pequenas quantidades de drogas, inadequação da operação como estratégia para que os usuários buscassem tratamento).

Além da discussão sobre a ineficiência da operação, em si, o documento do Ministério Público levanta uma série de aspectos que podem ser aprofundados; iremos destacar dois, que dialogam com a noção do cuidado que estamos discutindo: os prejuízos para o trabalho de agentes e às políticas públicas municipais de saúde e assistência social; a ofensa a direitos humanos fundamentais e ao princípio da dignidade humana.

---

[52] Entre grandes operações anteriores realizadas pelo poder público, registram-se a "Operação Dignidade" (1997) e "Operação Limpa" (2005). Sobre estas, recomenda-se a leitura de Silva (2000), Frúgoli Jr. (2006), Frúgoli Jr. e Spaggiari (2010).

[53] Ministério Público do Estado de São Paulo. Ação Civil Pública contra o Governo do Estado de São Paulo. São Paulo: 2012. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/publicacao_noticias/2012/junho_2012/acp%20cracol%C3%A2ncia%20-%20%C3%BAltima%20vers%C3%A3o%20-%2030%20maio.pdf

Nesse período, estava em curso o desenvolvimento de ações do Projeto "Centro Legal" que tinha como objetivo a atenção integral em saúde "às pessoas que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, na região central da cidade" (SÃO PAULO, s.d.), buscando articular ações intersetoriais e principalmente a atuação conjunta entre saúde e assistência social.

Por pessoas "em situação de risco e vulnerabilidade", ressalta-se especificamente neste Projeto a população *em situação de rua*[54]. Acompanhando a noção de "vulnerabilidade", expressa na intersecção entre "usos de drogas" e "situação de rua", destaca-se a crescente incorporação da política de assistência social incidindo nas ações dentro do campo do "cuidado" dirigidas aos usuários de drogas. O alinhamento e articulação das agendas das políticas de saúde e assistência social, estabelecidos também nos planos e programas nacionais de enfrentamento ao *crack*, acompanhará a implantação de serviços em todo o município. Mas pelas especificidades do território da "Cracolândia", mostrou-se necessário o investimento em programas e equipamentos diferenciados.

> Tem aspectos da questão das drogas que são responsabilidade, sim, da política de assistência social. Assim como tem aspectos que são, sim, aspectos de saúde... (...) E a assistência social é muitas vezes vista como uma política compensatória, mas nós temos um trabalho crítico que nos permite pensar políticas de outras formas..(...) Agora, quem traz de fato isso é a Luciana Temer, quando foi secretária de assistência social. E eu me lembro que na penúltima conferência de drogas, quando ela abre a fala dela, ela apresenta aquele levantamento do Chico Bastos, da Fiocruz, sobre quem é o usuário de crack no Brasil e deixa bem claro: "este é o público da assistência social, sim (Interlocutor 3).

Em documento publicado pela Secretaria Municipal de Saúde, afirma-se que nesse período ampliou-se o investimento "na estruturação de uma política sólida e consistente para a atenção a pessoa dependente de substâncias psicoativas", com destaque para o desenvolvimento de estratégias diversificadas de abordagem à população em situação de rua,

> (…) voltadas para a garantia do princípio da equidade, ampliando o acesso à saúde para uma população historicamente excluída e estigmatizada, através de abordagens cotidianas às pessoas que habitam as ruas com o agravante de fazer uso coletivo e constante de substâncias

[54] A Política Nacional para a População em Situação de Rua define essa população como "grupo heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e, faz uso dos logradouros públicos e áreas degradadas da cidade como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, e utiliza as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória" (Brasil, 2009). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm

> psicoativas, com alta prevalência de uso de crack (SÃO PAULO, 2012, p.71).

Em 2008, havia sido implantado o Programa de Saúde nas Ruas, constituído por equipes de Estratégia de Saúde da Família que, além da equipe mínima (composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) contavam com psicólogos e assistentes sociais, e que tinham como responsabilidade "a busca ativa, apoio matricial e intervenções específicas na população em risco e vulnerabilidade, que habitavam cortiços, invasões e ruas da região central da cidade" (SÃO PAULO, 2012, p.71).

> (…) por pressão, se não me engano, do movimento social, da população de rua, também tinha começado a haver uma implantação do que na época se chamava Equipes de Saúde da Família de Rua, unidades básicas de saúde da região central, que era uma região que não tinha atenção básica, tinha muita concentração do hospital, enfim, n razões. Indicadores de saúde muito ruins, tinha uma população de situação de rua grande, tinha uma população vivendo em cortiços e ocupações que sabia que tinha condições de vida difícil, se sabia que era uma região também que provavelmente a questão do uso prejudicial de substâncias fosse relevante. Então, a partir das equipes de PSF de rua, da ideia de equipes de PSF de rua. Então, eu acho que se desenvolve, eu não sei exatamente como que se desenvolve isso, eu trabalhava numa OS, então eu não participei da formulação, mas vem um pedido, assim para, 'olha, implantem um mês, dezenas de equipes, um enfermeiro e agentes de saúde que vão andar pelo território do centro, principalmente em torno da região da luz, para tentar estabelecer vínculo com as pessoas que lá estão, e fazer com que elas tenham algum cuidado de saúde, nas UBS e nos CAPS (Interlocutor 9).

Esse Programa tinha como objetivo promover atendimentos às pessoas em situação de rua, e em especial aquelas com o agravante de riscos relacionados ao uso abusivo ou dependência de álcool, crack e outras drogas, estabelecendo o vínculo desta população com os equipamentos de saúde. A partir da abordagem realizada por estas equipes, era estabelecido um fluxo de encaminhamento dos usuários para os diversos pontos de atenção da rede, de acordo com suas necessidades.

> O fluxo estabelecido de alcance à população vulnerável parte das abordagens cotidianas pelas equipes do "Saúde nas Ruas", que direcionam as pessoas para os recursos de saúde considerando suas necessidades de saúde integral. A porta de entrada são as AMAS, UBS ou CAPS, nos quais são indicados os serviços da Rede: atendimento no CAPS, internação em Hospital Geral, acolhimento em Comunidade Terapêutica, internação no SAID. Destacamos que o destino de saída dos espaços de internação é sempre o CAPS e quando necessário a Residência Terapêutica Especial. Os recursos de Assistência Social e

> outros recursos públicos são acionados no processo de reinserção. (SÃO PAULO, 2012, p. 72)

Nesse documento acima citado, produzido pela SMS, percebe-se maior ênfase nos serviços da rede de saúde, sendo os recursos de "Assistência Social" apontados como elementos de "reinserção social", em uma compreensão, ao que parece, linear e progressiva de etapas de cuidado. Além disso, parecia haver, na prática, dificuldade na articulação entre os serviços dessas redes.

> (...) a enorme dificuldade de articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, na formulação de atuações integradas e conjuntas, impedindo a plena e imediata atenção ao usuário de droga que fosse abordado na rua, que haveria de ser prontamente encaminhado à unidade de saúde, ao mesmo tempo em que estivesse sendo atendido em termos de assistência social, de modo a se lhes assegurar seus mínimos sociais (MPSP, 2012, p. 35).

> (...) tinha grande desintegração com outras áreas, como Assistência social... eram muito ruins, a gente não conseguia garantir coisas básicas, tipo, o cara sai de uma internação, de um acolhimento e ter uma vaga no centro de acolhida na assistência social, não se garantia. É muito difícil, nós começamos a ter umas reuniões, ao mesmo tempo em que se contratou todas essas equipes da saúde, teve uma contratação em espelho praticamente da assistência social. Então, nós propusemos, olha, vamos fazer com que as pessoas, os grupos sejam mistos, os grupos que andam na rua, sejam saúde e assistente social, como depois viria a ser no DBA. Não acontecia, saúde andava de um lado e a assistência social do outro, quer dizer, repetiam os contatos sem entender que as duas coisas estavam absolutamente ligadas, nunca funcionou. Quando a prefeitura resolveu instituir o cargo de coordenador de política de drogas, alguma coisa assim, que estava ligado ao gabinete do prefeito, essa coordenação não conseguiu fazer uma articulação, ela não tinha poder, as estruturas da assistência social e da saúde eram muito pesadas, muito fortes, muito tradicionais, não viam um fundo de legitimidade, eu acho, no interlocutor. Então, essa articulação não houve e ele acabava fazendo mais contato com a GCM, com a Polícia Militar e com o Estado, mas concretamente não tinha muito comando... Foi a época de articulação, Prefeitura e Estado, para algumas ações que tinham a ver com ação da polícia na região, mas era uma ação que ia para além da repressão ao tráfico, era uma ação na época, muito marcada pela repressão aos usuários. (...). E também, não se tinha nenhuma articulação com segurança pública. A agenda da segurança pública corria em paralelo, a gente não tinha nenhuma incidência, tinha conflitos evidentes, policiais destratando trabalhadores da saúde, enfim (Interlocutor 9).

Em março de 2012, a prefeitura de São Paulo inaugura o denominado "Complexo Prates'[55], o primeiro equipamento público intersetorial do município, voltado para "a atenção à pessoa em situação de rua, com agravos de saúde decorrentes do uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (SÃO PAULO, 2012)". Com a localização muito próxima do "fluxo", a inauguração desse equipamento foi considerada bastante importante, incrementando a rede e aumentando o acesso e acolhimento dos usuários, com novos serviços em funcionamento ininterrupto. Além disso, se apresentava como inovadora a proposta de articulação do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde e assistência social desde o momento inicial de acolhimento.

> O complexo é composto de serviços preconizados nas políticas do SUS e do Sistema Único Assistência Social (SUAS), contendo Unidade de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes, Unidade de Acolhimento de Adultos, Centro de Convivência, Assistência Médica Ambulatorial (AMA) 24horas e CAPS AD III. Como a porta de entrada é única, a corresponsabilização é a estratégia fundamental na garantia de direitos destes usuários neste espaço de construção conjunta. A proposta de trabalho expressa no Projeto Social e Terapêutico define, desde sua elaboração, objetivos compartilhados de cuidado. A construção deste espaço privilegiado de cuidado constitui-se como uma resposta inovadora para a atenção a este grupo populacional muito estigmatizado o qual os cuidados pertinentes circulam entre as Secretarias da Saúde e Assistência Social, e poderá se beneficiar de uma atenção mais integral e humana (SÃO PAULO, 2012, p. 10).

Havia, assim, no território em tela, um movimento de expansão da rede de cuidados e de aprimoramento das abordagens de rua, em um processo de fortalecimento de vínculos de confiança entre agentes de saúde e de assistência social com a população que considerou-se ter sido bastante prejudicado pela Operação da Polícia Militar. Ao colher depoimentos dos secretários municipais de saúde e assistência social, bem como de trabalhadores que atuavam na região, o documento do Ministério Público aponta para a desarticulação entre Segurança Pública e os demais setores, que afirmaram não terem sido avisados da operação e não estarem preparados para acolher os usuários que chegaram solicitando apoio e abrigo aos serviços localizados no território. O deslocamento e a dispersão dos usuários de crack, para áreas diversas da cidade, provocaram prejuízos para os vínculos estabelecidos e para a continuidade dos processos de abordagem. Além disso, com a priorização da região central para implantação de serviços especializados para o cuidado dessa população, havia lacunas assistenciais em

[55] https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/noticias/?p=39462

outras regiões da cidade, dificultando ainda mais o acolhimento e o acesso aos serviços (MPSP, 2012).

> Do ponto de vista médico-social, nós capacitamos muitos agentes de saúde e agentes de proteção social, para fazer abordagem sistemática dos dependentes e encaminhamento para as diversas necessidades que eles tinham, tanto de documentação, de emprego, de tratamentos diversos, não só de dependência química, mas pra tuberculose, pneumonia, gravidez... Isso também em contato com o CRATOD, que era ali bem pertinho. Capacitamos muitos agentes da Polícia Militar e da Guarda Civil Metropolitana a ter uma atitude mais adequada com todos ali do pedaço. (...) Não foi uma tarefa simples, fácil, tinha que convencer muitos agentes que se opunham a um pedaço dessas coisas, mas começou a se implantar. Aí houve uma intervenção policial um pouco diferente, um pouco mais forte, no início do ano de 2012, e aí "*a vaca foi pro brejo*" ... (Interlocutor 6).

Ademais, seja pela ausência de recursos e estratégias direcionadas para suprir as demandas habitacionais, ou pela dificuldade de articulação entre as políticas e ações desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde e Assistência Social, um importante problema que se colocava era a ausência de suporte para os usuários que eram encaminhados para internações em hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas após a "alta", observando-se a reprodução da lógica de "*revolving door"* (ROTELLI et al., 2001p.21): ao sair da internação, sem outros recursos disponíveis, acaba-se voltando para a rua ou entrando num circuito permanente de institucionalização.

> O impasse se avizinhava: depois de gastar vultosas importâncias de recursos públicos em algumas poucas internações, a perspectiva que se abria aos usuários/pacientes era o retorno para as ruas e a reincidência no consumo do crack... (MPSP, 2012, p. 35)

O segundo aspecto a ser destacado, bastante enfatizado no documento, reforça essa desarticulação entre setores envolvidos, mas ainda mais, aponta para uma contradição fundamental: se por um lado havia investimentos do município, tanto no desenvolvimento da rede de saúde e assistência social, de modo a assegurar direitos fundamentais, a "Operação Sufoco", adotando uma abordagem militar para uma questão social, gerou graves violações de direitos e "dos valores fundamentais do Estado Democrático de Direito, ao sinalizar que segmentos pobres e excluídos podem ser humilhados, agredidos e violentados" (MPSP, 2012, p 133).

> Quanto ao sagrado direito de ir, vir e ficar, as pessoas o perderam quanto ao vir e ao ficar; só podiam ir. Não lhes era possível permanecer nas

> vias públicas; tinham que circular, ainda que a esmo e sem destino, dando voltas nos quarteirões, em bizarros movimentos que a imprensa denominou de procissões (...). Os relatos e as imagens evidenciam pessoas cercadas e encurraladas, empurradas e tangidas como gado, num clima de tensão que não se coaduna com um Estado de Direito (MPSP, 2012, p.46).

Além das humilhações sofridas por essas pessoas, o texto da ação civil pública enfatiza o impacto da espetacularização e midiatização da intervenção, ao transmitir socialmente a mensagem de que usuários de crack são "inimigos", e que podem ser eliminados.

> E, quanto ao Estado de Direito, baseado numa sociedade justa, livre e fraterna, o prejuízo decorrente da operação policial é assustador. É que a operação policial enviou robusta e candente mensagem de apoio e estímulo aos intolerantes e aos que alimentam ódio pelo pobre, pelo viciado ou por quaisquer outros segmentos sociais excluídos e discriminados. Trata-se de lhes dizer quem é o "inimigo" a ser combatido e que é legítimo e lícito agredi-los, humilhá-los e quiçá matá-los (MPSP, 2012, p. 86)

A narrativa política de "guerra às drogas" revigorada pelas agências repressivas como instrumento de (re)legitimação das políticas criminais, encontra no 'crime organizado' o inimigo visível a ser combatido. Uma vez que não se luta contra substâncias, mas contra pessoas, e que essa guerra atua apenas na ponta da economia das drogas, o modelo proibicionista atua sob a lógica do controle social, exercido seletivamente em determinados territórios e populações (CARVALHO, 2006; BORGES, 2019).

> Trata-se de proteger a sociedade de uma situação de guerra, daí emergindo a necessidade de se erigir um inimigo, contra quem se justifica e se legitima toda a ação violenta e armada, hábil em bem enfrentá-lo. Tal cenário permite que os usuários de crack, pobres e em situação de rua, sejam classificados como população de risco, daí decorrendo que a ocupação de seus territórios e o enfrentamento que se há de fazer em nome da segurança pública implique em presença ostensiva e avassaladora de militares, com suas ações repressivas e de intimidação. Como retórica, aquelas pessoas apontadas como de risco são classificadas como vulneráveis; e a polícia arvora-se na função de assisti-las e ampará-las, subtraindo às instâncias políticas o mister de fazê-lo. O resultado, é que as ações policiais de força e repressão serão aplicadas àquelas pessoas ditas vulneráveis, ao invés das necessárias e cabidas iniciativas sociais e sanitárias. Afinal, já não são, quando se chega a este estágio, sujeitos de direito, mas pessoas vulneráveis, em situação de risco. (MPSP, 2012, p.94)

Ao promover estas distinções, o Estado se vale de um afastamento de suas limitações típicas do estado democrático de direito para poder combater este que é tido como o inimigo.

Este não é mais detentor de dignidade, de direitos e de humanidade e, portanto, deve ser eliminado (RIBEIRO Jr., 2016). De acordo com Carvalho (2006, p. 259),

> Apenas nos projetos políticos totalitários (Estados de exceção) a idéia absolutizada de segurança pública se sobrepõe à dignidade da pessoa humana. A destituição da cidadania transforma o sujeito (de direitos) em mero objeto de intervenção policialesca.

As recorrentes ações policiais contra os usuários de crack em situação de rua , como aponta a ação movida pelo Ministério Público, operam produzindo opressão e maior vulnerabilização, violando direitos e princípios democráticos fundamentais. Na esteira dos movimentos e diretrizes internacionais, que preconizam o rompimento da lógica punitiva de o fortalecimento das políticas de cuidado, mostra-se fundamental a atenção sobre as maneiras como a mesma lógica bélica e segregacionista pode ser reiterada sob o discurso de "saúde" e "tratamento".

Nesse sentido, especialmente criticada por todos os interlocutores foi a atitude do Prefeito João Doria que, no início de sua gestão (2017-2018), adotou uma postura bastante repressiva com os usuários de crack, chegando a considerar, inclusive o pedido de autorização judicial para a internação compulsória de usuários abordados nas ruas pelas equipes de saúde e assistência social. Nesse caso, a internação foi problematizada não pelo questionamento de seu valor como um possível recurso a ser usado, de acordo com as necessidades e demandas de cada usuário, mas pela sua utilização como estratégia de abordagem visando um grupo populacional, associada à violência e violação de direitos e da dignidade humana.

> Além disto, a ação militar, adotada de modo coletivo e indiscriminado sobre todos que estejam a ocupar o território, elimina as intervenções pessoais e diretas, direcionadas a indivíduos concretos e identificados. Não mais pessoas, mas populações, num grave desprezo à dignidade da pessoa humana. E neste contexto de medidas coletivas e generalizadas, já não há assistência social ou tratamento médico, mas apenas políticas de higienização e limpeza pública (MPSP, 2012, p. 94).

> Então, a gente tem uma conjuntura de pensar política de drogas em uma questão de *saúde*, muito entre aspas, que é, coloca a pessoa lá e interna porque ela é doente, mas por um lado você fazer um grande favor por que você vai tirar essas pessoas do cenário (..) e limpa a Cracolândia, que é a chaga do Município de São Paulo, que todo mundo tem esse preconceito... E a política de drogas, ela não é vista como algo que precisa ser bem capilarizado garantir o direito das pessoas(..) Mas quando você "setorializa" uma política de drogas você está desdizendo outras coisas da vida da pessoa, você está negando outras coisas da

> existência dela; e a partir disso você não faz nada de verdade para ela, você só vai colocá-la em um espaço de segregação (Interlocutora 2).

> A gestão Doria começa muito muito mal, retoma a perspectiva de que o problema da cena de uso, da Cracolândia é um problema de segurança, que basta fazer uma intervenção... A frase textual que eu ouvi, numa reunião, a única reunião que eu fui, já na gestão Doria é "a polícia sabe o que fazer, já têm plano pronto, basta a assistência social decidir o que fazer, dizer o que fazer com os usuários", que a ideia da polícia era assim, "bom, nós vamos lá, nós vamos tirar todo mundo e vamos entregar em algum lugar". Era, concretamente isso, mas a cabeça dos policiais é muito prática, é assim. Nós vamos tirá-los de lá, nós sabemos como tirá-los de lá. E precisamos entregar num lugar e aí é com vocês... Como se fosse assim. Claro, por analogia, nós tiramos da rua e entregamos na porta do presídio, e lá no presídio é com a administração penitenciária que cuida do sujeito. (...) E então, se elaborou na verdade mais do mesmo, porque a situação que tinha era mais que já tinha sido feito outras vezes, uma grande operação policial que expulsa as pessoas do local, mas as pessoas se espalham, vão para outro lugar, e se fez uma coisa, que aí nunca tinha sido nem de perto cogitado, que eu me lembre, nem na gestão Kassab nada, que foi a prefeitura propor uma legislação que permite você pegar pessoas na rua e internar compulsoriamente (...) um projeto de lei absurdamente estapafúrdio, um decreto do prefeito, na verdade, que não resistiu, assim, dias. Foi bloqueado pela justiça (Interlocutor 9).

> O que a gente viu muito, depois do Dória, foi que ele assumiu e duas semanas depois em janeiro de 2017, também já começou umas explosões na Cracolândia, assim, sabe? De violência, de segregação, a ponto de montarem quase campos de concentração mesmo... eram campos de concentração aquilo, sabe? Era impressionante... (Interlocutor 8).

A adoção de uma perspectiva de cuidado integral, equilibrada e abrangente não pode prescindir do debate sobre direitos e cidadania. É essa a discussão que será articulada no próximo ponto, a partir da descrição do Programa "De Braços Abertos".

5.1.4 O Programa "De Braços Abertos": desenvolvimento de políticas sociais integradas

O governo do município de São Paulo, em consonância com a adesão ao programa federal "Crack, É Possível Vencer", e a necessidade de estabelecer e formalizar um grupo gestor local para implantação e monitoramento das ações relacionadas ao Programa, instituiu em 2013 um Grupo Executivo Municipal[56] (GEM), coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde e

[56] O GEM foi instituído pela Portaria PREF nº 332/2013 de 01/11/2013

com a participação das demais Secretarias Municipais no mesmo grau de responsabilidade. Para acompanhar e colaborar com seus objetivos, também poderia contar com a a participação de outras Secretarias, órgãos municipais, estaduais ou federais, bem como representantes de organizações da sociedade civil, de movimentos sociais, de centros de pesquisa e especialistas (SÃO PAULO, 2013b; COMIS, 2015).

Esse grupo discutiu e elaborobu o Plano Intersetorial de Políticas sobre Crack, Álcool e Outras Drogas do Município de São Paulo, realizou encontros com representantes da sociedade civil, trabalhadores e movimentos sociais. No final de 2013, aconteceu a 5ª Conferência Municipal de Políticas de Atenção às Drogas de São Paulo (V Compad), que visava promover a reflexão e o debate para a elaboração e apresentação, coletiva e individual, de propostas para o aprimoramento do Plano. A Conferência foi realizada pela Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC), pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pelo Grupo Executivo Municipal do Plano (GEM) e pelo Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool (Comuda) (SÃO PAULO, 2013b).

O Plano Municipal, alinhado com o Federal, foi formulado a partir de três eixos principais: Prevenção, Cuidado e Autoridade – inserindo ainda um eixo denominado "Gestão". Para o eixo "Cuidado", estabeleceu-se como objetivo principal: "Estruturação, ampliação e fortalecimento de redes de atenção da saúde e da assistência social, para o atendimento integrado à pessoa em situação de uso problemático de substâncias psicoativas, bem como à sua família" (SÃO PAULO, 2013b).

O Centro Integrado de Reinserção Social 'De Braços Abertos' foi o primeiro resultado da construção da Política Intersetorial sobre Crack, Álcool e Outras Drogas pelo GEM. Situado estrategicamente próximo à localização do "fluxo" naquele momento, na Rua Helvétia, Bairro da Luz, caracterizou-se inicialmente como um espaço de acolhimento dos usuários de substâncias psicoativas, com o intuito de detectar suas demandas e necessidades sociais e de saúde (SÃO PAULO, 2013b; COMIS, 2015).

> Em 2013, teve a 5ª conferência municipal de álcool e drogas, e o documento final dessa conferência se transformou em um plano municipal de álcool e drogas, que era muito vinculado ao "Crack, é possível vencer" porque o município tinha aderido. (...) E aí, o "De Braços Abertos" nasce a partir disso e da construção, entre meados de 2013 até início de 2014, em conversas entre " É de Lei", Dartiu, Secretaria de Saúde... E as Secretarias que estavam envolvidas começam então a ter abordagens no território, fazer assembleias com usuários na tenda para saber o que eles queriam (Interlocutora 2).

(...) quando tem a nova mudança de gestão, em 2013 inicia a gestão do Haddad, a pessoa que vira coordenadora de saúde mental tinha sido a coordenadora do PSF na região central, portanto, tinha acompanhado muito de perto todo esse processo na região da Luz, da contratação de equipes, acompanhando o que que acontecia, que as equipes faziam, que deixavam de fazer, enfim. Então, era uma interlocução local que a gente tinha e eu acho que isso deu a ela uma capacidade de entender um pouco mais e aí em tão pouco tempo, depois eles implantam... tinham um terreno, por coincidência, no meio da Cracolândia, que foi sendo adaptado para ser esse espaço de convivência, que não era um serviço de saúde e aí era, eu entendo que desde o início, era uma gestão compartilhada com a assistência social, e a partir dali, acho que aproximou um pouco mais dos usuários da cena de uso, ali pelo menos os mais fixos.. (Interlocutor 9).

Quando nós começamos esse trabalho de ocupar com a assistência e a saúde aquele espaço, era uma construção que estava fora de qualquer construção de política pública, tanto da saúde quanto da assistência. A gente não conseguia encaixar em nenhuma caixinha da política pública, nem da assistência, nem da saúde. A gente assumiu que era um serviço híbrido e que tudo o que a gente ia fazer naquele momento era tentar que as pessoas entrassem lá dentro pra conversar. Era inverno, a gente começou a oferecer água e chocolate quente, tínhamos as equipes, a gente colocou uma televisão em um espaço e banheiro. Então era isso que nós tínhamos. Quando nós começamos esse trabalho lá foi muito interessante, porque as pessoas que ficavam lá na frente sumiram, sumiu todo mundo. Eles estavam muito resistentes a qualquer ação do Estado porque no ano anterior, ou dois anos antes, não me lembro, tinha havido aquela operação do governo do estado junto com a prefeitura, a "Operação Sufoco", que era pressão pra que saíssem daquele espaço e tal. Então eles estavam muito temerosos da nossa ação do Estado. Quando a gente chegou lá e, na verdade, não fez nenhum movimento de expulsá-los, mas ao contrário, de convidá-los a entrar, eles começaram com o tempo a entrar. E na verdade é que em quatro meses nós tínhamos 600 pessoas, usuários que a gente falava que eram 'fidelizados', o que significava que todos os dias essas pessoas passavam por ali, seja pra uma água, seja pro café, a gente pôs colchões no chão, seja pra dormir, pra descansar. Aí quando você vai fazendo vínculos de confiança, essas pessoas foram demandando atendimentos médicos, de questões que elas precisavam, desde questões de saúde (doenças de pele, dentição, HIV/AIDS, tuberculose..). E também pediam para fazer ligações, ligação pra casa, ligação pra família, aí a gente disponibilizou o telefone. Aí com o tempo eles começaram a pedir pra tomar banho, aí a gente pôs um chuveiro. A gente foi trabalhando um pouco atendendo a demanda deles, e fazendo rodas de conversa, aí a gente tinha voluntários, por exemplo, que iam dar aula de hip hop, iam fazer exercícios com eles, começaram a jogar basquete.... Na verdade, era isso, e no que isso se resume? Formação de vínculo (Interlocutora 11).

Foi a partir dessas iniciativas de aproximação, vínculo, escuta e negociação entre agentes de serviços sócio assistenciais, gestores e a população a ser atendida, que se dá a implementação do Programa "De Braços Abertos" (DBA) (COMIS, 2015, CARVALHO, PELEGRINO, 2015; RUI et al., 2016; EVANS, 2017). A participação dos potenciais beneficiários no processo de formulação do Programa foi considerado por alguns interlocutores como um de seus eixos mais importantes de sustentação. Foi, de acordo com as narrativas, a partir do diálogo e do reconhecimento das demandas e necessidades apresentadas que as ofertas e ações do Programa foram se desenvolvendo. Destacam que, inclusive, o nome do programa foi dado pelos próprios usuários.

> E a história do "Braços Abertos", acho que é interessante contar como é possível essa vinculação, que a gente começou a dizer "Como é que esse lugar chama?", que não tinha nem nome, e numa das rodas de conversa, já com uma boa população, um dos frequentadores falou "Ué, isso aqui é Braços Abertos, porque vocês atendem a gente sem pedir nada em troca". Porque nunca a gente pediu nem que houvesse internação, nem abstinência, nem nada. A verdade é que às vezes chegava um pleito de internação, sim, a gente encaminhava pra internação quando havia pleito pra internação. Então surgiu a história de "Braços Abertos", que no final ficou nomeado "Braços Abertos" por conta dessa fala desse usuário, que acabou desenhando inclusive o símbolo do "Braços Abertos", foi desenhado por ele, e com o grupo. Então a gente acreditava muito nessa participação. No que a gente acreditava? A gente acreditava que qualquer coisa que a gente fosse fazer lá precisava partir de uma demanda deles. Porque acho que o grande erro da política pública quando se fala de construção de política pra usuários em situação abusiva de drogas e em situação de vulnerabilidade social, é a gente achar que a gente sabe o que eles precisam, quando na verdade, o que eu acredito que deu certo no programa, é a gente ter tido a humildade de ouvi-los e entender qual era a demanda deles (Interlocutora 11).

> Porque pra gente estruturar o programa a gente contou com o eixo da participação popular, e a participação popular ali eram os próprios usuários. Então, de consultar, de conversar, de receber, de falar, de ver as necessidades, de ver qual era o caminho. Então a gente discutiu muito com eles e tentou formar muito isso. Até o nome foram eles mesmos que escolheram (Interlocutora 13)

> ... e foi uma coisa construída muito com todas as mãos de todas as pessoas envolvidas, sejam elas agentes públicos ou não, mas especialmente com as pessoas que iriam ser beneficiadas ao final. Então acho que a coisa da negociação pra retirada daqueles barracos que as pessoas montavam, do nome do programa, de ser recebido no gabinete da prefeitura, do prefeito ir até a região da Luz...(..) essa construção junto com as pessoas, dialogar com elas, ouvir, eu acho que é cada vez

> mais um elemento central nisso, porque de pouco adianta se você chegar lá com A e as pessoas querem B, acho que isso está fadado ao fracasso, digamos assim (Interlocutor 7).

Partindo do objetivo de promover a reabilitação psicossocial de pessoas em situação de vulnerabilidade social e uso abusivo de substâncias psicoativas, por meio da promoção de direitos e de ações assistenciais, de saúde e de prevenção ao uso abusivo de drogas, o Programa DBA caracterizou-se pela implementação de ações intersetoriais e articuladas entre as políticas municipais de saúde, direitos humanos, assistência social, trabalho, segurança urbana, educação, moradia, desporto, cultura, meio ambiente, entre outras (SÃO PAULO, 2014).

Considerando o fenômeno abordado, a intesetorialidade como estratégia norteadora do Programa se mostrou fundamental, tendo em vista que apenas um setor isolado não conseguiria efetivamente formular respostas adequadas. As estratégias de gestão intersetorial favorecem a promoção das práticas mais eficazes e com efeitos sinérgicos em situações complexas, sendo fundamentais para a abordagem de problemas sociais, buscando o enfrentamento das vulnerabilidades e iniquidades sociais (TEIXEIRA et al., 2018).

> Então a gente aprofundou na questão de que não era uma questão só de saúde ou só de segurança ou só de assistência social, mas era uma questão de muita complexidade, e não tinha nenhuma solução simples para aquele problema complexo, e todos tinham que estar envolvidos, todas as secretarias tinham que estar envolvidas nisso (Interlocutora 13).

> Minha primeira pergunta é: 'Política pra quem?' Porque tem uma política macro, mas tem uma construção de política pública que precisa se perguntar: 'De qual usuário em situação abusiva que eu estou falando?' Eu acho tem situações diferentes (...) E eu acho que a gente no 'De Braços Abertos' fez uma construção na qual eu acreditava muito como política pública, e que não teve uma sequência, que é quando você olha para as pessoas de altíssima vulnerabilidade social em situação de rua e que fazem uso abusivo de droga (Interlocutora 11).

> Como a moradia tornou-se também uma grande marca, vamos dizer assim, da intensificação do problema do uso do Crack, se criou uma pressão política para se fizesse alguma coisa de mais fôlego. E naquele momento, então, que aí foi 2014, comecinho de 2014. Aí eu acho que se criaram as condições, então de ter a projeção política que vinha crescendo, ter uma equipe que tinha mais conhecimento, mais ideia do que formular e, o que depois ficou evidente e que é fundamental, o prefeito que entendeu que estava em jogo ali. Fundamentalmente, que não era uma questão nem de polícia exclusivamente e nem de saúde. Então, quer dizer, não ia adiantar, não só não ia adiantar, como ia condená-lo do ponto de vista dos direitos humanos, direitos das pessoas, tratar a questão com repressão, mas também não adianta. Além de ser

> errado, não adianta, mas também não adiantava tratar ainda como questão de saúde pública exclusivamente. (...) Então, acho que houve essa compreensão e o prefeito teve, acho que essa compreensão também. Bom, isso aqui então tem que ser um programa mais intersetorial. Então, tem que articular de fato, com pelo menos a segurança pública que estava sob gestão municipal, para impedir que ela desfizesse o trabalho de vinculação e conseguisse se transmitir a ideia de que essa gestão aqui vai respeitar direitos humanos, o que é importante para a vinculação, e combinar a ação de saúde com ação que sustentasse duas questões básicas, que era moradia e renda/trabalho (Interlocutor 9).

> O Conselho Gestor Intersecretarial do De Braços Abertos foi a maneira de manter a intersetorialidade. Eu acho que a política de drogas não deve ser só da saúde, eu acho que a política de drogas é Direitos Humanos... (Interlocutora 2)

Nesse sentido, a integração entre as diversas secretarias, com suas agendas e orçamentos, foi apontada como um importante desafio, exigindo compromisso e responsabilidade de todos os setores envolvidos. Nesse contexto, alguns interlocutores destacam como fundamental o papel do Prefeito, garantindo a decisão política de sustentação e a gestão intersetorial do Programa.

> Eu acho que um grande desafio é a própria estruturação do programa do ponto de vista do orçamento público. Como não se tem, infelizmente, não é só em São Paulo, uma lógica de intersetorialidade nos trabalhos de política pública, cada um fica na sua caixinha, assistência social com assistência social, saúde com saúde, segurança com segurança... E esse programa tinha uma lógica de intersetorialidade que só funcionava nessa lógica. Então, o primeiro grande desafio que nós tivemos foi convencer as equipes a trabalharem juntas, (...) era uma dupla que era saúde e assistência social, não dava pra ser diferente. Então eu vou dizer, acho que do ponto de vista da gestão pública, teve grandes dificuldades. Uma, de construir um programa que envolvia orçamento de muitas secretarias, e segundo, fazer um trabalho de verdade interdisciplinar, porque tem trabalho que no papel é interdisciplinar e que não é, e esse se não fosse na prática interdisciplinar não aconteceria. E também vou te dizer uma coisa, do ponto de vista da gestão pública, só foi possível porque o prefeito assumiu o programa e fazia reunião com secretários toda semana... todo mundo tinha que saber tudo o que estava acontecendo lá com todo mundo, por isso que eu acredito que funcionou. Isto foi um desafio (Interlocutora 11).

> Eu acho que se houver um compromisso político de alto grau, a política tende a dar mais certo. E aí um compromisso político intersetorial, não é uma coisa que um secretário puxa e os outros vão atrás porque "tem que ir naquela reunião e tal", não sei o quê. Pra mim tem que ser uma

> coisa mais estrutural assim, mais linear, do que um interesse pontual (Interlocutor 7).

> A gente sempre, inclusive, foi desenhando a proposta com todos os secretários para entender como é que poderia realmente trabalhar com aquelas dificuldades. Inclusive, que eu acho que era a coisa mais importante, com o envolvimento também do prefeito. O prefeito 'vestiu a camisa', ele era uma pessoa muito interessada, participava das discussões. Então, quando a gente elaborou, quando fez a proposta que foi colocar em prática, conversou com as pessoas, negociou com os usuários para sair das ruas, para ir para uma moradia para ter um lugar para dormir... o prefeito participava integralmente. Inclusive até de ir na rua, de ir lá no centro (Interlocutora 13).

> Eu acho que tem um outro desafio, que é dessa articulação intersetorial. É muito difícil fazer porque tem resistências, tem que superar obstáculos por conta da formação dos trabalhadores, que não são formados para trabalhar em equipe com os setores. Tem que superar a questão da disputa das agendas de cada secretaria, que tem as suas agendas, em geral, são mais cobradas por agendas que lhe são mais próprias, exclusivas. Então sim, a educação tem uma agenda de cobranças gigantesca, é difícil você conseguir envolvê-las em outras políticas. Essa dificuldade de articulação às vezes é uma dificuldade também pelas alianças políticas... (Interlocutor 9)

A estruturação do Programa se baseou, primeiramente, na transferência das pessoas que dormiam em barracos improvisados e que ocupavam calçadas de ruas no centro da cidade para hotéis da região, alugados pela Prefeitura para acomodação dos beneficiários. Além de moradia assegurada e alimentação em restaurante popular do bairro, foram criadas frentes de trabalho, com pagamento semanal, e a garantia do acesso ao cuidado e atenção integral em saúde (CARVALHO, PELEGRINO, 2015; RUI et al., 2016; EVANS, 2017).

> E aí, a gente tinha a situação das barracas e tal, e o prefeito começou a falar "Não, mas eu quero que acabe com essas barracas". A gente já estava super feliz com a situação de eles estarem vinculados (...) Tinha as lideranças, tinha lideranças ali que a gente sabia que tinha alguma influência sobre esse grupo, cerca de 70% na verdade vinha do sistema prisional, das pessoas que estavam lá, era uma porção muito grande de pessoas que eram egressas do sistema prisional, e tinham algumas lideranças. Tinha uma certa ética ali que funcionava, e a gente começou a falar "O que vocês querem pra desmontar essas barracas?", que era uma demanda do prefeito. E aí eles se reuniram e falaram "Bom, nós queremos um lugar pra morar aqui", tanto que o programa sempre foi muito criticado "Porque escolheram os hotéis ali? Porque não tiraram de lá?". Porque aí o programa não existiria, se não tivesse sido ali. Se eu falasse naquele momento, pra qualquer um deles, "Olha, vamos dar em Santana um hotel", por melhor que fosse, ele não sairia dali. Então a demanda era ali, e trabalho (Interlocutora 11).

> A gente supõe que o direito à saúde é um direito fundamental. Porque a gente acha que um sujeito saudável conquista tudo. E não conquista nada. Sem ter uma casa, ele não tem nenhum poder contratual. Nem com ele mesmo. A experiência do DBA mostra que ter uma casa é o direito fundamental. Não é ser proprietário. É ter uma referência, o lar, ter moradia. Isso é o direito. Ter aquele ponto que consegue ser uma base de reflexão. Sem isso, ele está só em alerta, em defesa. Só reage. Há muitos depoimentos que passam por aí. "Agora eu quero isso.. preciso me arrumar para ver minha mulher.. quero usar menos.." Mas isso parte de que ele tenha um ponto fixo, uma referência. Na rua, o cara não reflete, tá sempre em alerta. E eles dizem "agora, depois de muitos anos, vou poder dormir com os dois olhos". Na rua, é só tempo presente. E é a extensão da vivência que permite que a gente possa se projetar.' (Interlocutor 4)

Estabelecer serviços que se configurem como "residências" não seria, na verdade, uma grande novidade. Na gestão anterior a essa, havia sido implementadas as denominadas "moradias assistidas"[57] e o Programa Redenção[58] prevê em seu escopo a implantação do denonimado "Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica – SIAT", organizado em 3 "fases": I-Abordagem, II – Acolhimento Temporário, III – Tratamento e Profissionalização.

O que diferenciou a oferta de moradia no âmbito do DBA, a partir da pespectiva ética-polítca da Redução de Danos e do conceito de "baixa exigência", foi a inversão da racionalidade tradicionalmente usada nas estratégias assistenciais nesse campo, que se baseiam no acesso gradativo à moradia estável.

> A possibilidade de você ter políticas públicas de Redução de Danos é importante, porque tem gente que vai parar e nunca mais usar drogas, sim. Mas, obrigatoriamente não é esse o sucesso, o sucesso é que essa pessoa, ainda que com uma relação com a droga, consiga se inserir socialmente e ter uma vida digna. E que tenha cuidados básicos, cidadania... (Interlocutora 11)

---

[57] As "moradias assistidas", implementadas no contexto do Projeto Centro Legal, junto à Secretaria Municipal de Participação e Parceria e a Coordenadoria de Atenção às Drogas – CDR, tinham como objetivo "Garantir o acolhimento institucional de pessoas em situação de rua abordadas pelo projeto Centro Legal, servindo de referência como moradia para os usuários em tratamento de saúde e de assistência para a reinserção social dos mesmos". Esses serviços se dividiam em 4 tipos conforme "grau de autonomia e discernimento" do público-alvo. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/moradia_assistida_link_para_o_site_1265141605.pdf

[58] De acordo com o Art. 17 do Decreto nº 58.760, de 20 de maio de 2019, o denominado "Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica - Acolhimento Temporário – SIAT II: abrange as ações integradas das Secretarias Municipais da Saúde e de Assistência e Desenvolvimento Social para promoção da proteção social por meio do acolhimento de curto prazo e baixa exigência em relação ao usuário". Tal serviço não havia sido implantado ou regulamentado até o momento em que encerramos a coleta de dados.

> A política do 'De braços abertos' mostrou que era possível você dar suporte para as pessoas, ter um cuidado integral com aquela pessoa, que ela realmente tivesse condição de vida. Que ela pudesse ser útil, que ela pudesse ter felicidade, que ela pudesse viver. Viver. E usando drogas. (...) Mas essa discussão que se coloca 'ou você para de usar drogas ou você não tem nada', 'Você só ganha o brinquedinho se você não usar mais drogas de jeito nenhum', isso não funciona, é impossível (Interlocutora 13).

> Acho que entrar primeiro com a questão de moradia é fundamental, acho que é uma saída que tem se revelado em outras países também como porta de entrada, digamos assim, para depois você oferecer outras coisas que estejam nesse pacote, então acho que isso é fundante, a questão do trabalho. E aí em relação ao uso de drogas, você não requerer essa abstinência que, enfim, pode ser obtida em algum momento, mas não é um pré-requisito pra que as pessoas participassem do programa e tal. Então acho que isso certamente é uma inovação e tal, uma inovação que eu reputo como sendo uma coisa que inaugurou um outro patamar de política pública (Interlocutor 7).

Do ponto de vista programático, o Programa DBA é consistente com a abordagem conhecida internacionalmente como "Housing First" (Moradia Primeiro), que enfatiza a provisão de moradia permanente e estável como estratégia primária para as pessoas em situação de rua, inclusive para indivíduos com questões relacionadas ao uso abusivo de drogas e saúde mental. Estudos empíricos realizados apontam a associação entre a adoção dessa abordagem com maior tempo de permamência quando comparado a modelos de atenção tradicionais, bem como diminuição no consumo de álcool e outras drogas, da violência e da suposta percepção de desordem urbana devido ao excesso de conflitos nas ruas (TSEMBERIS et al., 2004; MARLATT et al., 2011; CARVALHO, PELLEGRINO, 2015; TSEMBERIS, 2015; WOODHALL-MELNIK; DUNN, 2016; EVANS, 2017; GARCIA, 2019).

Um outro conceito fundamental e associado a essa abordagem é a "baixa exigência" ("low threshold"), que implica em não condicionar a oferta da moradia à abstinência ou à obrigatoriedade de adesão prévia a tratamento para saúde mental ou consumo de drogas, como forma de preparação ou "qualificação" para poder receber moradia (TSEMBERIS et al., 2004; MARLATT et al., 2011; CARVALHO, PELLEGRINO, 2015; TSEMBERIS, 2015; WOODHALL-MELNIK, DUNN, 2016; EVANS, 2017; GARCIA, 2019).

De acordo com as metas e diretrizes estabelecidas pelo Plano Intersetorial de Políticas sobre Crack, Álcool e Outras Drogas, havia a previsão de criação de Comitês Executivos Descentralizados nas 32 subprefeituras do Município, tendo em vista a necessária descentralização da política, o fortalecimento dos territórios, a articulação das redes e as competências de cada um dos atores da ponta (SÃO PAULO, 2013b).

Embora estivesse colocada essa meta, seja pelo pouco tempo que se teve ou pelos recursos disponíveis, o projeto de expansão e descentralização se deu de forma pouco expressiva. Destaca-se que houve a implementação de Hotéis Sociais localizados mais distantes geograficamente da região central, e que havia interesse da gestão em maior expansão desses equipamentos. Na gestão seguinte, inclusive, o Programa Redenção foi gradualmente descredenciando os hotéis localizados na região central, mas optou-se por manter em funcionamento dois hotéis, localizados em Heliópolis (região sudeste), e Brasilândia (zona norte), por se compreender que estes "funcionam razoavelmente bem". Destaca um interlocutor que "o fato de não estar ligado ao tráfico, ou não estar ligado ao fluxo, dá uma potência, uma credibilidade melhor para esses hotéis (Interlocutor 10).

O fato dos hotéis se localizarem na região próxima ao "fluxo", na região central, foi um aspecto considerado polêmico. Contudo, três interlocutores destacaram que a localização ali foi uma demanda dos beneficiários. Nesse sentido, um outro desafio que se colocou no processo de descentralização foi a grande heterogeneidade presente nos diversos distritos e regiões da cidade, sendo fundamental buscar conhecer as relações entre territórios, características populacionais, circuitos e dinâmicas de uso e trânsito de drogas.

> Com o início do De Braços Abertos em 2014, a gente conseguiu dar um start em várias regiões de São Paulo que também tinham 'Cracolândias', para fazer algo mais intersetorial, então um avanço grande é que várias regiões, por exemplo, na Vila Mariana eles começam a fazer as abordagens nas cenas de uso, assistência e saúde juntas. Por mais que não tenha consultório na Rua na Vila Mariana, eles ficaram um ano e meio se organizando, os funcionários dos CAPS e das UBS indo fazer essas visitas no território. CEAGESP também, conseguiram fazer a saúde e assistência... então várias regiões à gente conseguiu um alavancar porque era a história de descentralizar o De Braços Abertos, que era tentar descentralizar, mas partindo da conjuntura de cada território, das particularidades de cada território, então o máximo que a gente conseguiu foi colocar os trailers da assistência social para fazerem abordagens com a saúde, porque as demandas eram outras e a pessoa não estava querendo um hotel, uma moradia, eram outras demandas (Interlocutora 2).

> Então, pensaram em um plano que é absolutamente inovador, totalmente diferente do que tinha... que previa justamente a questão de moradia e trabalho. E que foi, digamos assim, o eixo da política local mesmo sendo um programa pra 500 usuários,500 inscritos. Não cresceu mais pelos problemas de financiamento, que aí o país entrou num período de mais recessão fiscal, começou a crescer no final, mas no último ano... quer dizer, houve, se desenhou um plano de expansão grande, uma coisa que era necessária, que eram outras regiões da cidade estarem contempladas, também começar a deslocalizar as moradia

> sociais, os hotéis, da região do entorno da Cracolândia, começar a espalhar isso mais para a cidade, enfim. Então, num ciclo de quatro anos, apresentou uma proposta inovadora, levou a essa proposta para uma escala razoável e fez um plano de expansão. Então, desse ponto de vista foi bastante forte (Interlocutor 9).

Ainda que tenha enfrentado inúmeros desafios, fragilidades e problemas em sua implementação e expansão (TEIXEIRA et al., 2018; RUI et al., 2016), a decisão política de formular e sustentar este Programa se mostra fundamental e de grande relevância para a discussão de políticas de drogas ao apresentar a concepção de que não é o uso de crack, em si, que é principal problema a ser enfrentado mas sim as necessidades de reprodução social e de garantia de acesso a direitos sociais básicos da população atendida.

> E um dos grandes problemas, no debate nacional na época justamente era o fato de que ao modelo das comunidades terapêuticas, da internação como solução, nós tínhamos muito pouco, muito poucas experiências concretas, reais existentes para contrapor. Então, era uma discussão que nós fazíamos do ponto de vista dos princípios, a gente tem a RAPS, mas é evidente que a comunidade terapêutica estava atendendo a outra demanda, que não a de saúde. É onde as pessoas vivem e moram, como é que elas se reinserem a algum tipo de comunidade, porque a comunidade terapêutica fica lá o tempo, e algumas ligadas à igreja, depois tem uma espécie de carreira que o sujeito vai fazendo. Tinha uma ideia, de que ele fica lá trabalhando, vai sair com alguma formação etc. E isso nos CAPS AD, era muito frágil, a proposta das unidades de acolhimento era evidentemente proposta alternativa mas ainda estritamente no campo da saúde. Então, uma das dificuldades que a gente tinha era essa, dizer bom, mas a gente não defende isso, defende a RAPS, mas claramente falta uma coisa porque as pessoas que têm mais complicações com uso de drogas são pessoas que têm outras demandas. (...) Então, esse Programa foi absolutamente inovador, totalmente diferente do que tinha, e previa justamente a questão de moradia e trabalho (Interlocutor 9).

> Então, nos anos 1990, (..) tem um boom também das comunidades terapêuticas que começam a crescer. (...) Pra tapar um buraco, porque dizem; "nós fazemos o que o Estado não faz". De fato, o Estado não faz... Mas eles não dizem exatamente o que é que o Estado não faz: O Estado não dá casa, não dá emprego, não dá educação… É essa a discussão. (...) Por isso o DBA foi tão importante pra se lidar com essa questão de forma diferente: de trabalho, educação, moradia... e foi esse sucesso do ponto de vista de resultados. (...) Agora, uma das coisas que, aqui em São Paulo, o De Braços Abertos demonstrou, de certa forma , o valor que as comunidades terapêuticas ganharam. As comunidades terapêuticas funcionam como uma Instituição Total. Você faz tudo ali. O DBA não era uma Instituição Total, mas era uma totalização das ofertas que o Estado não faz. Então, entre a Instituição total e a ofertas de muitas coisas (não precisa totalizar) em sua densidade grande de

> dimensões, mostra como é possível incidir sobre essa questão do uso de substâncias. A grosso modo, assim, o efeito que se conseguiu com o usuário de crack no DBA é impressionante.. Primeiro, tempo de aderência: os caras ficarem mais de 2 anos no Programa (cerca de 85% ficaram mais de 2 anos), o que não é fácil para um usuário de drogas, não se consegue isso em um ambulatório. Segundo, o efeito efetivo de redução de consumo: houve uma redução de 70, 75% da intensidade do consumo, o que é bastante grande. E os dados positivos: vínculo, contratualidade... O que marca para mim é um tema que talvez precisa ser investigado que o uso de substâncias não tem a ver com a substância mesmo, mas com a inserção dessa pessoa no mundo (Interlocutor 4).
>
> Acho que tem que ter uma linha de ação, de exigências de um dever-fazer para a população que usa droga... Primeiro: moradia, tirar da rua. E o DBA mostra que é possível. É barato e a efetividade é maior. Você já viu esses estudos de *housing first*? Eles mostram isso claramente. A Moradia faz toda a diferença. Hoje eu acho que é isso. Essas perspectivas de ação multisetorial, integrada... Porque o problema que as drogas nos fazem ver não é a droga. Condiz também com uma orientação da UNODC: o tema central do problema das drogas, na verdade, é coesão social. O investimento da política pública deveria ser em ter uma sociedade mais coesa. Não que isso elimine o problema das drogas. Mas porque os efeitos que a droga traz para aquela comunidade são muito menores. Assim como os efeitos de práticas criminosas são menores em uma sociedade mais coesa. Então, é desse lugar que penso, em termos de política pública para a questão das drogas, é isso. Não é a droga. É coesão, uma organização que induza condições básicas para os indivíduos que compõe a sociedade mais possível de cooperação (Interlocutor 4).

A compreensão sobre esse contexto muito específico, assim, leva a reflexão: se parece claro que é importante o alinhamento com as recomendações internacionais e o deslocamento da ênfase da punição e segregação para o eixo do cuidado, não parece ser suficiente a expansão do acesso ao consumo de bens e serviços sanitários e socioassistenciais, “como resposta às demandas sociais, tendo como crença que viabilizando esse consumo "promova-se" a melhoria das condições da saúde da população” (ADORNO et al., 2011, p. 89).

Se é inegável a necessidade de formulação de políticas e programas de acolhimento e cuidado voltados a pessoas usuárias de crack e outras drogas em situação de rua, a análise desse contexto específico, com tantas particularidades envolvidas, permite afirmar a exigência da formulação de políticas que abordem de forma integrada as relações entre consumo de drogas e desfiliação social, intervindo nas condições de vida e existência dessa população. É nesse sentido que o Programa DBA foi considerado um programa inovador e com possibilidades de replicação de seus conceitos e abordagens, respeitando-se as singularidades dos contextos loco-regionais (CARVALHO, PELLEGRINO, 2015; EVANS, 2017).

5.2 POLÍTICAS DE DROGAS E AS DIFERENÇAS

As diferentes terminologias que foram construídas nesse campo, como "viciado", "viciado infrator", "toxicômano", "dependente", "usuário abusivo", "dependente químico", entre tantas outras que poderiam ser citadas, não são vocábulos inertes. Cada um desses termos se embasa em uma racionalidade diferente, que constrói um discurso que tanto almeja a compreensão desse fenômeno quanto possibilita a criação de categorias que adjetivam e caracterizam um determinado grupo, objetivando o uso da linguagem enquanto uma enunciação de produção de 'outredades' (CASTRO-GÓMEZ, 2005). Em nossa análise, consideramos que o paradigma proibicionista, ao articular os discursos médicos, jurídicos e religiosos, estabelece uma categoria de diferenciação que define um "outro". Esse *outro inventado* é principalmente visibilizado, nas políticas e práticas, como um "criminoso" ou "inimigo" a ser combatido, ou como "doente" a ser tutelado e institucionalizado.

No âmbito municipal, destacamos primeiramente algumas terminologias, encontradas em leis e documentos publicados nos primeiros anos da periodização adotada para este estudo: 'dependentes" (SÃO PAULO, 2002a); "pessoas que usam e/ou abusam de álcool e outras drogas", "usuários/dependentes de álcool e outras drogas" (SÃO PAULO, 2002b); "dependentes químicos" (destacando que este termo se refere tanto a "alcoólatras" quanto "usuários de drogas") (SÃO PAULO, 2004).

Deste primeiro recorte, destacamos dois aspectos que primeiramente chamam a atenção: 1. a substituição do termo "drogado" (utilizados em documentos municipais encontrados em anos anteriores a 2001), que sinaliza para a ênfase colocada pela gestão em tratar esse assunto dentro do campo médico-sanitário; 2. o reiterado destaque para o uso da palavra "álcool", demarcando que este campo abarca o cuidado a pessoas que apresentem necessidades de cuidado relacionadas ao uso de todas as substâncias psicoativas, sem a diferenciação no tratamento entre drogas lícitas e ilícitas.

Ainda que fosse possível apontar as diferenças conceituais presentes em cada um dos termos adotados, vamos permanecer, por ora, com a percepção de que ainda que em um campo de disputas, parece prevalecer a opção pelas terminologias propostas pelo campo médico-sanitário.

Uma mudança que pode ser percebida, nos documentos publicados a partir de 2005 e que apresentam normativas e diretrizes municipais para políticas de cuidado a usuários de álcool e outras drogas, é a articulação entre duas situações/condições que passam a ser consideradas: "uso de drogas" e "vulnerabilidade". Especificamente, observamos essa

conjunção nos documentos norteadores dos programas municipais formulados para o enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo de crack (preponderantemente) e outras drogas, na região central do município.

No Plano de Ação Integrada Centro Legal, o "público-alvo" das intervenções é definido como: "pessoas que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, na região central da cidade" (SÃO PAULO, s.d.). O Art. 1º do Decreto 55.067/14, que regulamenta o Programa 'De Braços Abertos' expressa que este tem como objetivo promover a reabilitação psicossocial de "pessoas em situação de vulnerabilidade social e uso abusivo de substâncias psicoativas". O Decreto n° 58.760/19, traz diretamente em seu texto, no Art. 3º: "O público-alvo do Programa Redenção é constituído pelos indivíduos identificados como usuários abusivos em situação de vulnerabilidade ou risco social".

É na interseccção entre "uso abusivo de drogas" e "vulnerabilidade" que se identifica uma *diferença*, que será utilizada para justificar a relevância de formulação de políticas públicas e para demarcar o grupo de potenciais beneficiários desses programas. Esse grupo populacional identificado é apresentado de forma homogênea e universal e as diferenças intracategoriais ficam invisibilizadas. Ainda que se afirme, em alguns destes documentos, o acolhimento das singularidades como premissa para o cuidado, não se destacam quais as diferenças a serem abordadas, nem apresentam análise de equidade das estratégias formuladas.

Durante as entrevistas, a questão sobre a forma como os interlocutores percebiam as *diferenças* no processo de formulação de políticas sobre drogas foi importante e mobilizadora de diversificadas narrativas, englobando diversas temáticas e possibilidades de conceituação da diferença. A referência ao racismo, por exemplo, apareceu tanto como uma relação social sistemática e que posiciona os sujeitos em relações de poder desiguais, quanto como experiência subjetiva e desencadeadora de sofrimento psíquico, muitas vezes negligenciado pelos profissionais em sua abordagem clínica aos usuários.

As *diferenças* elencadas, aqui analisadas segundo o referencial de Brah anteriormente apresentado, passaram, em linhas gerais por: diferenças nas formas de consumo entre grupos populacionais específicos; diferenças no impacto das políticas de drogas na vida cotidiana das pessoas de acordo com a posição que ocupam no tecido social; estigma e seus diferentes impactos nas relações sociais e profissionais; a necessidade de formulação de diferentes abordagens que visem afirmar a diversidade e as necessidades e demandas específicas de determinadas populações ou categorias de classificação social, entre outras.

O "usos de drogas" e suas variações taxinômicas (uso abusivo, uso prejudicial, dependência, entre outros) considerado aqui como uma *diferença* que caracteriza e categoriza

um determinado grupo, não suprime a sua heteregoneidade interna nem tampouco as relações de poder que os atravessam. E é este o marcador utilizado como ponto de partida para as reflexões sobre as políticas, bem como comparações e articulações com os marcadores sociais e identitários da diferença.

Considerando as principais ênfases e relevâncias que foram colocadas pelos interlocutores, organizamos essa produção discursiva em duas categorias teóricas que apresentamos na sequência e que, de acordo com Brah (2006), podem ser consideradas como duas formas de conceituação da diferença: Diferença como Identidade e Diferença como Relação Social.

5.2.1 Diferença como Identidade

5.2.1.1 Usos de drogas e diferenças identitárias

Para Brah (2006), identidades são inscritas através de experiências culturalmente construídas em relações sociais e são marcadas "pela multiplicidade de posições de sujeito que constituem o sujeito" (p.371). Assim, identidades pessoais se articulam com experiências coletivas de um grupo, mas a singularidade das experiências cotidianas e relações sociais vividas produzem trajetórias que não simplesmente espelham a experiência do grupo. Assim como, de maneira semelhante, identidades coletivas não são redutíveis à soma das experiências individuais.

Considerando a conceituação proposta por Brah de *diferença como identidade,* evidenciamos aqui as temáticas problematizadas pelos interlocutores e que, em nossa análise, podem ser categorizadas a partir deste conceito.

Quando convidados a refletir sobre as *diferenças* e as políticas de drogas, um aspecto importante evidenciado diz respeito às diferenças nos consumos de substâncias psicoativas, a partir da comparação entre diferentes grupos sociais. Há diferenças nas formas como as pessoas usam drogas. Essas diferenças se expressam nos tipos de droga de escolha, nas experiências, expectativas e sentidos atribuídos ao uso, nas singularidades das trajetórias de vida, nas motivações subjetivas, nos contextos e relações sociais em que ocorrem, nos itinerários terapêuticos.

> Eu não tenho a menor dúvida que as pessoas usam a droga, sim, como lenitivo, como antidepressivo, como que para segurar essa violência cotidiana. E aí, nisso, tem sim, incide raça e etnia, gênero, faixa etária. Por exemplo, no nosso trabalho nas cenas de uso, percebemos que os idosos dificilmente usam crack, os idosos usam álcool. Quer dizer, tem escolhas de droga também por faixa etária, também por gênero, também por raça e etnia. Eu parto muito daquele triângulo droga-indivíduo-sociedade. Não tenho dúvida, os idosos se drogam de uma forma em Higienópolis e se drogam de outra forma no fundão da Zona Leste (Interlocutor 3).

> Olha, é uma questão que você não pode desvincular da questão da sociedade. Raça, gênero... você vai ter negro que usa crack, como vai ter branco de classe média alta ou negro de classe média ou de classe baixa que usa crack no mesmo ponto. Quer dizer, a meu ver a verdadeira questão não está na droga, está em quem usa. Você tem que ver as motivações de cada uma dessas pessoas. Eu trabalho com isso há muitos anos. Chega aqui um garoto que usa cocaína e outro que também usa

> cocaína... são duas versões, duas vidas completamente diferentes (Interlocutor 5).

A apresentação dessas diferenças apareceu de forma interseccionada e sem qualquer tipo de qualificador ou atributo que pudesse visibilizar alguma diferença como mais significativa que outra. Em diversas entrevistas, destaca-se a compreensão de que a singularidade e heterogeneidade nas experiências envolvendo uso e/ou dependência de substâncias deve levar sempre em consideração as complexas interações entre "pessoa, droga e contexto".

Se a inseparabilidade entre esses três elementos foi proposto, no campo das teorias sobre o fenômeno das dependências, por Claude Olievenstein (1990) , também é possível afirmar seu estreito alinhamento com o campo da Saúde Coletiva, e a compreensão das múltiplas determinações sociais na compreensão dos processos saúde-adoecimento-cuidado (DAHLGREN, WHITEHEAD, 1991). Tal compreensão também aparece de forma bastante clara nas diretrizes do Ministério da Saúde para a abordagem nesse campo (BRASIL, 2003).

A Redução de Danos, enquanto *método* clínico-político, parte do princípio de que é necessário, ao mesmo tempo, "*conhecer para intervir*" e "*intervir para conhecer*", *"estabelecendo uma forma coletiva de construção de práticas de cuidado em um contexto de valorização da própria experiência na tomada de decisão sobre a atitude cuidadora*" (MORAES, 2010, p.18). Para uma interlocutora, especialmente, a importância da necessidade de se trabalhar de forma atenta às intersecções que se apresentam singularmente, a partir do encontro interacional que se dá entre cada pessoa, com determinada droga, de forma contextualizada, está associada à incorporação da Redução de Danos nas políticas e estratégias de cuidado nesse campo.

> No começo a gente não tinha grandes propostas, tinha as propostas tradicionais que vinham prontas e a gente começou a perceber que não funcionava, mas não sabíamos exatamente porquê. Foi caindo a ficha. O usuário de droga injetável não é igual ao usuário de maconha e não é igual ao alcoolista. Se você pegar esses grupos e olhar dentro dos usuários de droga injetável os mais jovens e os mais velhos, serão totalmente diferentes. O usuário de álcool, que naquela época eram homens mais velhos, você conseguia descobrir que tinham mulheres também mas eram extremamente escondidas, a gente conseguia achar indiretamente. A gente começou a ver que não adiantava fazer uma proposta linda, bonita, que abrangesse todo mundo porque não iria atingir alguns grupos, porque eles têm suas peculiaridades, suas diferenças e precisam ser olhados. Faz parte dessa "coisa" dos direitos você olhar para cada um diferentemente. Olhar não, ouvir cada um diferentemente, depois que você ouve aí você pode olhar. Colocar a mesma lente para olhar todos é mais cômodo, mais fácil, mas não funciona. Naquele tempo a gente ainda não tinha a preocupação de raça,

> ainda não aparecia tanto aqui pra nós, a gente não teve capacidade de olhar tantas diferenças porque as que a gente viu já eram enormes. Depois, pouco a pouco, apareceu raça, as diferenças educacionais, sociais e outras foram aparecer que não tínhamos pensado naquela ocasião. Por isso que eu acho que a Redução de Danos aqui no Brasil teve um papel muito importante porque foi olhando e justificando junto com os grupos. E aí como era o redutor de danos o único que ia até a comunidade, (...) conversando e descobrindo, por exemplo, que as jovens daquele lugar estavam usando o crack, pegavam a seringa e faziam o cachimbo com a seringa do injetável. E isso era coisa das mulheres e dos jovens, porque tinham habilidade, os homens não, eles usavam metal, antena de carro para fazer cachimbo. Foi percebendo as diferenças dos grupos, quem tem habilidade manual vai fazer de um jeito, quem não tem vai fazer de outro. Foi a Redução de Danos que foi abrindo esse olhar, olhando para isso e ouvindo. Os jovens fazem isso, você tem que ter uma fala, uma conversa, diferente com os jovens do que com os homens, é outra coisa. A gente foi aprendendo junto, tudo foi feito assim. Algumas coisas vinham prontas, uma ou outra experiência era passada, mas os primeiros passos foram descobrir as diferenças de cada grupo, de cada necessidade, de cada endereço (Interlocutora 12).

Pode-se afirmar que houve um consenso entre os interlocutores de que as políticas e práticas de prevenção e cuidado universalizadas acabam por invisibilizar as diferentes necessidades e demandas apresentadas singularmente por sujeitos e coletivos. Foi enfatizada a importância de que os serviços de acolhimento e cuidado às pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas formulem práticas que acolham e contemplem as diferenças

> Eu acho que isso é o básico: Se você não olhar as diferenças vai chegar num discurso único que é impróprio, não vai chegar a pensar a necessidade de cada grupo. Claro, nunca vai conseguir ser perfeito a ponto de contemplar as nuances dentro de cada grupo, talvez não consiga, mas pelo menos uma linguagem mais próxima, o que se pensa, para formular, realmente seja produto do que se ouviu para aquele grupo. Acho que sem isso será uma política estéril, não vai nascer nada dali (Interlocutora 12).

> Como é que você vai criar instâncias de acolhimento se você não respeitar as diferenças? Então é indispensável se pensar desse jeito e logicamente criar as coisas desse jeito. Inclusive todos os programas de prevenção que eu tentei trazer pra reflexão aqui, e que eu conheci fora do Brasil, eles respeitavam muito não só a diferença etária, mas a diferença socio econômica, de gênero, de raça e tudo (Interlocutor 6).

Nesse sentido, identificamos que, ao problematizar a importância de formulação de práticas diferenciadas para determinados grupos, a diferença que foi mais visibilizada se

posicionou na comparação entre “homens” e “mulheres” (colocando em parênteses as complexidades e múltiplas diferenciações presentes no interior de cada uma desta categoria e trabalhando com o signo assim amplo e genérico). Embora pesquisas indiquem para uma tendência no aumento de consumo de álcool pelas mulheres, e dois de nossos interlocutores chamam a atenção para esse fenômeno e a importância de melhor compreendê-lo, os serviços de atenção especializada para usuários abusivos e dependentes de álcool e outras drogas apresentam uma tendência histórica de acolher um público majoritariamente masculino. Assim, foi problematizada a importância de que as mulheres, vistas como “minoria” nesses contextos, pudessem ser acolhidas de forma diferenciada.

> (...) eu acho que o que nós tentamos avançar mais foi a questão da mulher, porque a maioria dos ambientes de prevenção e tratamento se dirigia diretamente ao homem como se a mulher não fosse atingida pelo problema, então nós fizemos muitos eventos, muitos diálogos, chamando a atenção pra isso, e estimulando a criação de instancias dirigidas especificamente à mulher (Interlocutor 6).

> (...) a grande maioria das pessoas que têm problemas com drogas são homens, então fica mais fácil você pensar nas políticas só para homens, porque não é meio a meio, como em outros campos... Então, as particularidades de gênero ficam pouco valorizadas (Interlocutor 9).

Considerando que há uma dificuldade maior no acesso das mulheres aos serviços de saúde e atenção psicossocial dirigidos às pessoas que usam drogas, problematiza-se, em algumas entrevistas, sobre a necessidade de se estabelecer serviços específicos para esta população como estratégia de enfrentamento de iniquidades. Dois interlocutores destacaram que, ainda que não tenham certeza sobre as melhores estratégias nesse sentido, consideram a importância do acolhimento das diferenças de forma conjunta, destacando a dimensão relacional a ser abordada entre os diferentes grupos, mas buscando criar respostas às distintas demandas e necessidades.

> Essa questão tem que ser tratada como as questões sociais deveriam serem tratadas. Não é criar um “cercado” para os negros, para os gays, para as mulheres... e deixar cada um no seu. Não, tem que ser tratado de uma forma ampla, geral. Às vezes soa esquisito porque a exclusão social é grande... Mas tem que tratado de uma forma global (Interlocutor 5).

> Não sei, eu não tenho uma opinião formada sobre isso, mas eu tendo a achar que um serviço destinado só pra mulheres, enfim, isso aí eu posso estar redondamente enganado, mas eu não acho que seja a melhor forma de abordar a questão. Não são serviços para mulheres, são serviços que

> atendem demandas das mulheres... (...) Eu penso muito mais em dispositivos, que estejam dentro de um serviço... Por exemplo, dentro de um CAPS Álcool e Drogas, você ter um dispositivo que enderece as demandas que são das mulheres que usam drogas. Então, não sei se é um grupo ou se é algum outro tipo de estratégia... Por exemplo, uma mulher tem uma consulta agendada e não tem com quem deixar o filho. Se não tiver um espaço dentro do próprio serviço que garanta que ela pode ir e deixar o filho lá com alguém naquele momento que ela vai pra consulta, ela pode deixar de ir, simplesmente, porque o serviço não garante uma demanda que é dela. E aí eu não estou dizendo com isso que o cuidado sempre tem que ser só da mulher, mas enfim, majoritariamente a gente vê que é assim, ainda que a gente lute contra isso.... (Interlocutor 7).

Na interseccção entre as diferenças marcadas pela compreensão sobre "gênero" e uso de drogas, particular ênfase é colocada, pelos interlocutores, nas percepções sobre o grupo de pessoas que vivem e circulam na "Cracolândia" da região central do município. A percepção sobre essa *diferença* nesse contexto não parece associada à noção das mulheres como "minoria" e sim à compreensão das mulheres em situação de rua como "mais vulneráveis" do que os homens. Essa percepção de maior vulnerabilidade ou de desvantagem justificaria, assim, a formulação e organização de práticas voltadas à diminuição de barreiras e desigualdades no acesso ao cuidado.

> Eu notei muito no De Braços Abertos o cuidado com as necessidades das mulheres... a discussão da mulher com filho, de poder ficar com seu filho. Essas coisas que eram específicas da mulher, isso eu vi muito no De Braços Abertos, eu achei uma maturidade repentina, eu vi essa discussão amplificar (...), gente que trazia especificidades da mulher usuária de drogas, não tinha muita coisa escrita ou falada sobre isso e começou a ter bastante (Interlocutora 12).

> A gente teve um olhar muito específico para as mulheres. Na verdade, esse dado é interessante. Se você pegar a pesquisa da FIOCRUZ, você vai ver que a maioria dos usuários de crack, na verdade, no Brasil, eram homens. Homens, baixa escolaridade, a maioria não brancos, e você tinha um universo menor de mulheres. Na Luz, quando a gente fez o levantamento, a gente tinha quase uma equivalência entre homens e mulheres. Então diferente do resto do Brasil, a gente tinha essa condição aqui. (...) Dentro dessa altíssima vulnerabilidade da Luz, nós tínhamos grupos mais vulneráveis. E as mulheres que estavam nessa situação eram de maior vulnerabilidade do que os homens (Interlocutora 11).

A descrição de ações diferenciadas de cuidado só foi destacada a partir da experiência de implementação do Programa De Braços Abertos. As pessoas que estiveram mais envolvidas na implementação dos outros programas já descritos (Centro Legal e Redenção), não

descreveram ações que tenham desenvolvido especificamente neste contexto, embora sinalizassem essa importância e a preocupação com alguns grupos específicos, como as "mulheres grávidas".

> A política não tem uma ação voltada especialmente pra isso... agora, as mulheres têm uma atenção especial, especialmente as mulheres grávidas, temos um amparo maternal, nós estamos pensando em criar grupos específicos. Na outra gestão, no mesmo governo mas com o outro prefeito, tinha na secretaria de Direitos Humanos um programa chamado "Mulheres da Luz" que dava atenção voltada para isso e acho que isso talvez faça parte de um dos grupos de trabalho que a gente possa desenvolver na nossa política (Interlocutor 10).

Nota-se que o destaque das ações desenvolvidas no contexto do DBA foi feito pela maioria dos interlocutores, mesmo aqueles que não mantiveram envolvimento direto ou nem mesmo estavam atuando no município naquele período. E embora não estivesse explicitado como uma diretriz do Programa, o desenvolvimento de ações diferenciadas foi algo que se constituiu na prática cotidiana.

Com relação ao desenvolvimento de práticas relacionadas ao cuidado em saúde das mulheres acompanhadas pelo Programa, identificamos que foi dada especial importância à questão específica da saúde reprodutiva das mulheres e o investimento na formulação de abordagens que possibilitassem a reflexão sobre gestação e formas de proteção, desde acesso à informação até a oferta de métodos contraceptivos considerados mais adequados às mulheres que trouxessem essa demanda.

> A gente conseguia fazer pré-natal, prevenção com essas mulheres, usar métodos contraceptivos, aqueles implantes subcutâneos de longa duração (…) porque ela não vai tomar todo dia o comprimido (Interlocutora 13).

> A gente trabalhava essa questão da gravidez, do anticoncepcional, o que nós fomos muitos criticados, dizia-se que a gente estava "cerceando o direito das mulheres". E não tinha nada obrigatório, mas a gente sim, ofertava os contraceptivos para as mulheres que estavam lá (Interlocutora 11).

Ainda no que diz respeito ao acompanhamento das mulheres inseridas nesse Programa, considerando-se a importância do acompanhamento pré-natal e o grande número de mulheres grávidas, também investiu-se em diferenciadas abordagens pelas equipes de saúde. As estratégias convencionais e preconizadas para o cuidado realizado pelos equipamentos de saúde não se mostravam efetivas para boa parte dessa população. Assim, foi sendo necessário o

investimento em estratégias que, partindo das abordagens realizadas na rua, pelas equipes de saúde e assistência social, viabilizassem a construção do cuidado.

> As pessoas em situação de rua, com uso abusivo de substâncias, elas não têm paciência de entrar no método convencional das UBS (..) e a equipe de rua não vai fazer esse atendimento na rua, precisa ter uma sala, um espaço físico. Então a gente criou uns espaços muito em cima da Cracolândia, (...) E aí a gente colocou um ginecologista, mas tem que ser um ginecologista que tem abertura para isso. Isso é difícil, não é fácil de você achar. (...) precisa ter uma pessoa com disponibilidade e abordagem adequada também (Interlocutora 13).

Considerando as necessidades e demandas de cuidados que envolvem a mulher grávida e o bebê e a avaliação desse território como de grande vulnerabilidade, foi apontada também a preocupação de se estabelecer um serviço de moradia específico para essa população e, no processo de implementação de um hotel social, no contexto do Programa DBA, localizado na Zona Norte do município de São Paulo, priorizou-se o encaminhamento das mulheres grávidas.

> E a gente criou o hotel Freguesia do Ó, a partir de uma demanda de parte dos beneficiários de sair do território mas tendo como prioridade de encaminhamento as mulheres grávidas... a gente estava com umas 30 mulheres grávidas naquela época, no fluxo (Interlocutora 2)

As categorias “mulheres” e “homens”, em geral, referidas a esse contexto específico, apareceram nas falas dos participantes como categorias “atomizadas” e desarticuladas de outras categorias de diferenciação. Mas houve uma exceção: a diferença localizada na intersecção entre identidade de gênero e sexo, identificada, na prática, nas experiências das mulheres transexuais. Para uma interlocutora que destacou especialmente essa diferença, havia uma preocupação em estabelecer estratégias de organização dos serviços especificamente voltadas para o acolhimento dessa população, como, por exemplo, a definição de quartos e banheiros diferenciados em hotéis e centros de acolhida, de forma a tanto afirmar a diversidade quanto diminuir desvantagens no acesso a direitos e serviços.

> A questão das trans é muito importante porque, primeiro, ela já não tem um lugar na sociedade direito (…) essa população em si já sofre uma desvantagem e uma dificuldade de acesso como um todo nas políticas públicas, então é óbvio que tem que ter um recorte (...) Por exemplo, tinha um quarto de um dos hotéis que era especificamente das trans.... não foi possível estabelecer um fluxo claro e determinado para isso, mas foi acontecendo e a gente entendia que tinha essa importância (Interlocutora 2).

De forma geral, as percepções sobre as diferenças entre “homens” e “mulheres” aqui destacadas colocam em evidência a dimensão relacional entre estas categorias, situadas contextualmente enquanto sujeitos/objetos das políticas de drogas, desde a identificação desta diferença como marcador identitário (gênero) até a descrição das práticas de cuidado diferenciadas (ou práticas generificadas) que foram desenvolvidas para estes. Em outros termos, a visibilização dessa diferença revela as suas compreensões com relação à identidade de gênero, traduzidas em expectativas e percepções, de acordo com o contexto sócio cultural em que estão inseridos, relativas aos modos de organização e pertencimento ao gênero masculino e feminino (SEFFNER, 2011).

Ao identificar e trazer para o primeiro plano essa diferença de performatividade de gênero, bem como características hegemonicamente associadas à feminidade ou à masculinidade, a “maternidade”, em seus diferentes aspectos, despontou como importante tema que marca tanto a identificação de demandas quanto a formulação de práticas diferenciadas para as mulheres: seja na preocupação em ofertar métodos contraceptivos, nos cuidados com as gestantes, na preocupação em ofertar serviços que acolham demandas das mulheres que têm filhos, na discussão sobre o exercício da maternidade e o direito de ser mãe.

A associação entre uso de drogas e incapacidade para o cuidado autônomo nos seus modos de levar a vida repercute na compreensão, bastante difundida socialmente, de que mulheres usuárias de drogas não teriam capacidade de cuidar dos seus filhos, o que gera muita discussão no campo e a formulação de políticas de intervenção estatal de abrigamento e tutela das crianças. Como um importante aspecto nesse sentido, uma interlocutora destacou a preocupação com esse aspecto e a necessidade de que isso seja mais visibilizado e discutido, produzindo novas práticas.

> Nessa política eu acho que, em especial, um marcador importante é gênero, porque não tem recorte de gênero pro que teve até hoje e pra evitar que a única política seja de tomar os bebês das mães. Então precisa ter uma política que ajude essas mulheres a se fortalecerem ou se organizarem, talvez ir até um lugar que possam morar com seus companheiros ou sozinhas, que possam ficar um período depois com seus filhos etc. (Interlocutora 1).

Embora parte dos interlocutores tenham usado a expressão “gênero”, a referência a essa categoria ficou marcada, muitas vezes, como sinônimo de “mulher”, e associada apenas à ênfase diferenciada às necessidades e demandas específicas das mulheres, passando inclusive por ações de medicalização de seus corpos. Embora os homens constituam a maioria do público acolhido nos serviços de atenção nesse campo, a construção de práticas que buscam acolher

supostas demandas identitárias das mulheres parece acabar invisibilizando os homens em suas questões ou necessidades específicas.

No cuidado integral às pessoas que usam drogas, homens e mulheres, parece-nos fundamental a incorporação, nas políticas e nas práticas, da reflexão sobre a construção social de feminilidades e masculinidades, problematizando-se as matrizes hegemônicas desde a compreensão de *gênero* como uma categoria relacional, transversal, instauradora e reprodutora de assimetrias de poder (MORAES, 2010; COUTO, GOMES; 2012; GRANJA et al., 2015).

No debate sobre cidadania e direitos, o movimento pela formulação de políticas focalizadas em algumas identidades socialmente construídas pode tanto favorecer a afirmação da diversidade e das singularidades político-culturais quanto intervir em construtos que reproduzem desigualdades, buscando um balizamento nas oportunidades para aqueles que vivenciam discriminações, desigualdades e opressões em suas experiências e relações sociais (SILVEIRA, 2004; CASTRO, 2004).

A partir dos movimentos de críticas às políticas que tratam de um sujeito universal, característica da modernidade ocidental e eurocentrada, refletir sobre a diferença a partir de uma perspectiva interseccional pode nos ajudar a compreender como e porque atender às reivindicações de determinados grupos por atenção diferenciada a suas demandas identitárias de acesso a direitos e garantia de cidadania. O campo das políticas públicas parece ser terreno propício para ilustrar os desafios que se tem pela frente quando se almeja acesso a serviços públicos de qualidade, enfrentando as desigualdades e iniquidades (MELLO, GONÇALVES, 2010). Ainda que se possa reconhecer os limites das políticas identitárias, não se pode desconsiderar sua importância para sustentar crítica ao "universal" e para evocar a necessidade de compreender as e os sujeitos sociais a partir da diversidade de experiências particulares e formas de vida específicas e concretas (CURIEL, 2009).

O desenvolvimento das práticas aqui descritas, no contexto de implementação de políticas de drogas, nos leva a refletir sobre a complexidade das dinâmicas de poder através das quais se experimenta e constitui a vida social e sobre as práticas e políticas de cuidado dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas como práticas sociais, que "produzem mundos, em ato" e "afirmam projetos, éticas, estéticas" (PETUCO, 2016, p.418). Como afirma Brah (2006, p. 373), implicada a partir das contribuições foucaultianas sobre o poder,

> Toda formação discursiva é um lugar de poder, e não há nenhum lugar de poder onde a dominação, subordinação, solidariedade e filiação baseadas em princípios igualitários, ou as condições de afinidade, convivialidade e sociabilidade sejam produzidas e asseguradas de uma

> vez por todas. Antes, o poder é constituído performativamente em práticas econômicas, políticas e culturais, e através delas. As subjetividades de dominantes e dominados são produzidas nos interstícios desses múltiplos lugares de poder que se intersectam. A precisa interação desse poder em instituições e relações interpessoais específicas é difícil de prever. Mas se a prática é produtiva de poder, então a prática é também um meio de enfrentar as práticas opressivas do poder.

5.2.1.2 Estigma: Usos de drogas e Identidades desqualificadas

Quando conceituada como identidade, as diferenças foram visibilizadas, pelos interlocutores, desde um grupo já socialmente estabelecido, e cuja diferença recebe um atributo negativo: usuários de drogas. O estigma social associado ao uso de álcool e outras drogas foi bastante destacado nas entrevistas, como um desafio a ser enfrentado na proposição de políticas nesse campo. A identificação do uso de drogas como uma marca social com conotação negativa tem como consequência a desvalorização da identidade social dos usuários, repercutindo em processos de marginalização e exclusão (RONZANI, et al., 2009; JOHNSTONE, 2001: GOFFMAN, 1978).

Com relação à opinião pública, pesquisa realizada em parceria pelas Fundações Perseu Abramo e Rosa Luxemburgo, em 2010 indica que, espontaneamente, os usuários de drogas constituem o grupo social que a população brasileira menos gosta de encontrar (contabilizando 10% do total das respostas quando apenas um tipo de pessoa é mencionado e 20%, quando citado mais de um). Na sequência, na mesma pesquisa, era apresentada uma relação de grupos sociais para que os entrevistados dissessem o que sentem ao encontrar pessoas de cada tipo (ódio ou repulsa; antipatia; indiferença; satisfação ou dó, pena). Dentre os grupos testados, os usuários de drogas apareceram em segundo lugar em índice de rejeição, de quem 13% da população entrevistada afirmou sentir repulsa ou ódio e 25%, antipatia[59].

O estigma atribuído socialmente aos usuários de drogas é considerado um importante desafio a ser enfrentado nesse campo. A referência ao estigma, nas entrevistas, foi feita exemplificando diferenças entre determinadas drogas (como por exemplo, a diferença do estigma com relação aos usuários de droga injetável) e em diversos níveis relacionais, como o

[59] Indígenas no Brasil: demandas dos povos e percepção da opinião pública. Fundação Perseu Abramo. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/Pesquisa_Completa.pdf

comportamento discriminatório diferenciado de profissionais com relação a determinadas populações. Destacamos, dentre as contribuições produzidas, duas articulações que foram mais visibilizadas dentro dessa temática: diferenças no impacto do estigma nas experiências de "homens" e "mulheres"; o estigma social dos "usuários de crack".

Entre as comparações realizadas entre "homens" e "mulheres", encontramos em algumas entrevistas a percepção e a preocupação com o estigma que é atribuído às mulheres, de forma diferenciada dos homens. Nesse sentido, não se tratou de estabelecer uma comparação sobre qual grupo é mais ou menos estigmatizado. O estigma também marca as experiências e relações sociais dos homens usuários de drogas, colocando-os em posições de desvalorização e descrédito. Mas a partir da lente interseccional, nos parece possível afirmar que essa comparação, quando feita, visibilizou de que forma o patriarcado, como sistema de opressão que estabelece relações desiguais de poder entre homens e mulheres, atravessa as experiências das mulheres usuárias de drogas. As características negativas e moralizantes atribuídas às pessoas que usam drogas, quando referidas às mulheres, levam tanto à discriminação quanto à legitimação e banalização de violências.

> (...) tem uma outra questão também, não está só na política de drogas, é uma outra questão, patriarcal, que também influencia muito nisso, afinal de contas, se você é um cara que tá fumando, você é um "vagabundo", se você é uma mina que tá fumando você é uma "vagabunda", mas é um outro significado que tem a palavra.... (...) em uma festa por exemplo, até o consumo vai ser diferente, porque aí, infelizmente, as mulheres, por alguns homens imbecis, vão ser tratadas de uma maneira diferente, porque tá consumindo aquilo, vai achar que a mulher é "fácil" ou que pode ser abusada só porque ela tá "muito louca", sabe? É, então há uma grande diferença, gritante, de consumo de drogas entre homens e mulheres, sim, fato (Interlocutor 8).

> O uso da droga pela mulher é muito estigmatizado. Você encontra três homens, dez horas da manhã, com meia dúzia de garrafas de cerveja em um boteco, é "coisa de macho". Você encontra duas mulheres, três mulheres, com meia dúzia de cerveja às dez horas da manhã, são umas "vacas", umas "vagabundas", "não tem um tanque de roupa na casa dela pra ela lavar?" (...) O estigma sobre a mulher drogada é muito grande. (...) O fato dela ser usuária de droga legitima a porrada do marido, ou do companheiro, do namorado, de quem quer que seja, porque "ela é drogada". Então tem questões de gênero, de papel de gênero, que são bem diferenciadas (Interlocutor 3).

> Sempre teve a caricatura da mulher alcoolista. Aí as mulheres resolveram beber mais. E hoje bebem tanto quanto os homens. Tem um certo lugar de emancipação. Acho que tem esses cruzamentos. Se você tem uma sociedade machista, vai ter impactos disso... (Interlocutor 4).

Com relação às mulheres transexuais, sobressai a preocupação com a exposição a situações de violência, como algo muito presente em seu cotidiano, associada ao preconceito e discriminação que já sofrem socialmente, em grande medida, por construírem e performatizarem sua identidade de gênero associada ao feminino e não corresponderem ao comportamento socialmente esperado correspondente ao seu sexo biológico. Nas entrevistas, esse preconceito foi especialmente identificado nas relações estabelecidas entre as mulheres transexuais e os profissionais dos serviços assistenciais.

> Nós fizemos um trabalho com o centro de diversidade sexual aqui do centro em todos os centros de acolhida, em todos os núcleos de serviço da população adulta de rua. De repente, eu acho que uns quinze dias depois que a gente fez esse trabalho com todos os serviços, a gente recebe uma notificação de travestis sendo discriminadas por profissionais de um Centro de Referência em Assistência Social... como a gente ia imaginar que nossos profissionais do CRAS fossem fazer piadinhas com travesti em situação de rua? Interlocutor 3).

> (...)por exemplo, centro de acolhida para trans... tem um quarto lá no centro de acolhida Zachi Nachi e elas sofrem violência lá dentro também. (Interlocutora 2).

Com relação ao estigma relacionado aos usuários de crack, especificamente, importante colocar que, no Brasil, as representações construídas e reforçadas midiaticamente sobre essa substância psicoativa guardam associação com a idéia de *"uma droga-lixo (o que sobra da cocaína refinada), utilizada por desclassificados sociais que se aglomeram em centros urbanos*" (GARCIA, 2016, p.106)

As pessoas que vivem ou circulam pelas ruas da região central paulistana, fazendo uso de crack, ao serem rotuladas como "nóias" ou "craqueiros", têm suas identidades invalidadas e reduzidas à substância que consomem, representadas na figura estigmatizada do "zumbi" dominado pelo "poder do crack", destituído de vontade propria, autonomia e de humanidade (PETUCO, 2011; SOUZA et al., 2014). A associação a essa "droga-lixo", articulada à marginalidade e à delinquência, constrói discursivamente uma *diferença* que inferioriza e desclassifica essa população, colocando os indivíduos em uma situação jurídica excepcional, em que são ao mesmo tempo "culpados" e "doentes" (ZAFIROPOULOS; PINELL, 2010).

No texto da Ação Civil Pública, formulada pelo MPSP em 2012 após a "Operação Sufoco", identificamos um trecho que nos pareceu bastante ilustrativo dessa afirmação que colocamos. Como um dos desdobramentos da operação, os promotores que formularam a ação definem um problema: a indiferenciação entre "dependentes químicos" e "pessoas em situação

de rua", sugerindo que há distinções importantes a serem notadas entre esses dois grupos que merecem tratamentos e abordagens diferenciados.

> Para as pessoas em situação de rua, o imenso prejuízo com aquela dispersão é que seus velhos espaços nas calçadas são repentinamente invadidos pelos dependentes químicos e, para aqueles, estes novos vizinhos trazem um lamentável estigma que os contamina fortemente aos olhos da população da cidade. Com efeito, com a mistura indiscriminada entre a tradicional população de rua e os dependentes químicos, nos mesmos espaços urbanos, promovida pela operação policial, a opinião pública e o paulistano em geral não mais conseguem distingui-los. E como os comportamentos são diferentes (o morador de rua, em geral, é pacífico e discreto, enquanto o viciado mostra-se por vezes de modo espalhafatoso e, nos momentos da "fissura", pode se tornar agressivo por conta do desejo de fazer dinheiro para conseguir a droga que o satisfaça), as reações de repulsa e de intolerância que a população dirigiria ao dependente químico acabam direcionadas injustamente também ao morador de rua, num lamentável crescimento dos sentimentos de rejeição e indiferença a outros seres humanos (MPSP, 2012, p.80).

Se estar em situação de rua pode ser considerado um atributo negativo e de desqualificação, situado dentre a tipologia de estigma proposta por Goffman (1978), entre aqueles que se caracterizam como "culpas de caráter individual", destaca-se no trecho citado a preocupação com a "contaminação" do estigma dos usuários de drogas e a preocupação da repercussão no âmbito das relações estabelecidas socialmente.

Ademais, o trecho acima nos remete à importância da desnaturalização das formas de classificação/desclassificação social que engendram processos invisíveis de desigualdade e injustiça social. No caso dos usuários de crack, como aponta Souza (2016), os mecanismos de desclassificação social sentida, pelos próprios usuários e pela sociedade, decorrem de serem avaliados como "indignos" ou "menos que humanos".

Essa construção social aponta para a percepção, destacada nas entrevistas, de que o processo de estigmatização associado aos usuários de crack não pode ser vista de forma isolada dos outros marcadores que estão presentes e interseccionados nas experiências de vida da maioria das pessoas que circulam no "fluxo", posicionando-os em lugares sociais de desqualificação e marginalização.

> O que é que incomoda mais? Apesar de ter na Cracolândia pessoas de todo nível, mas é um, dois do nível alto. A massa que está ali é pobre, de família desestruturada, que não estudou, que não teve acesso a nada. É isso, é essa a massa que incomoda. Eu brincava mesmo com os próprios secretários, eu dizia "não incomoda, por exemplo, você passar

> na Rua Maria Antônia e ter aqueles jovens lindos, vestidos, nutridos, e enchendo a cara, bebendo, bebendo, bebendo, ali no meio da rua. Ninguém se incomoda. Passa com carro, entra, até demora pra passar porque eles ficam no meio da rua, tem que ir com cuidado para não atropelar ninguém. A gente fica com respeito, porque sabe que tudo ali tá pagando a universidade, tem dinheiro, que sai dali depois vai para sua casinha dormir, na sua cama. Mas o que incomoda? Incomoda esses pobres que não tem como sair de lá (Interlocutora 13).
>
> A droga que incomoda a sociedade é a droga da alta vulnerabilidade. Porque o sujeito rico que chega "caindo" na casa dele, ninguém tem nada a ver com isso, não me atrapalha, não tem nada. O problema é o sujeito que está na rua, é esse que incomoda a sociedade (Interlocutora 11).
>
> (...) pela associação crack, violência, pobre, crack, violência, negro, crack, violência, pobre, negro, jovem, crack, violência, pobre, negro na periferia... Vai se trabalhando no discurso na mídia, essas associações que são muito prejudiciais, mas que tem uma funcionalidade na sociedade brasileira, que é ajudar a explicar e justificar a persistência da desigualdade nessa intensidade para a gente vê hoje (Interlocutor 9).

O preconceito e a rejeição aos usuários de drogas atravessam as opiniões de diversos atores mobilizados na discussão e tomada de decisão, sendo identificado como uma barreira importante, tanto no acesso aos serviços, quanto no processo de formulação de políticas públicas.

> Então, temos dificuldade de implantação de política, primeiro pela ignorância. Pelos preconceitos (Interlocutor 6).
>
> Quantas vezes a gente sabe que a pessoa chega no hospital, se ela tá em coma alcóolico, ela vai ser a última a ser atendida.... é aquele estigma do vagabundo que 'tá assim porque quer' (Interlocutora 1).
>
> [Entre as dificuldades que teve o DBA,] tem uma dificuldade com o nível de estigmatização e condenação que tem do usuário de drogas no Brasil, então qualquer proposta de expandir direitos dessa população, como o direito à moradia, mesmo ao tratamento, ela encontra resistência da população (Interlocutor 9).
>
> [na implantação do DBA], se montou um comitê com todos os secretários. Inicialmente eram todos os secretários mesmos, isso é muito importante, porque eram todos os secretários envolvidos para entender o que cabia a ele, sabe? E os secretários também são pessoas, eram representantes da sociedade mesmo de uma maneira geral. Então, foi importante até pra entender a questão, pra tirar a questão do preconceito, pra tirar aquela visão que era um 'bando de vagabundo, que estavam ali só usando droga, que era um bando de vagabundo preguiçoso'. Então foram discussões muito complexas para poder cada

> um entender e refletir qual seria a sua parte e envolvimento... (Interlocutora 13).

Na formulação de políticas, um interlocutor destaca que o estigma associado ao usuário de drogas pode se configurar, inclusive, como uma barreira para a discussão transversal desse tema junto a outros movimentos sociais que demandam por políticas identitárias.

> (...) com a secretaria da juventude, durante um bom tempo, nós tínhamos baixíssima interlocução. E a impressão que nós tínhamos é que, que para o pessoal da juventude, abrir uma interlocução mais forte sobre o tema drogas, era um pouco assumir de que os jovens usam drogas e que isso era um carimbo, assim, estigmatizante, que eles não queriam. (...) é a idéia de que você vai atrair para um campo que já é estigmatizado um estigma adicional, quer dizer, se eu digo, se eu me interesso pelo assunto drogas sendo militante antirracismo, a favor da igualdade de gênero, dos direitos da juventude, eu estou assumindo que esse meu recorte social tem um problema com drogas, e estou vestindo a carapuça. A impressão que me dava era essa (…) E aí eu acho que é responsabilidade também de quem trabalha no campo da política de drogas conseguir fazer essa interlocução... (Interlocutor 9).

Considerado como um importante desafio a ser considerado na formulação de políticas nesse campo, a perspectiva interseccional pode trazer importantes contribuições para essa discussão sobre o estigma, apoiando a análise da convergência e articulação de múltiplas identidades estigmatizadas e seus impactos na vida das pessoas (e coletivos) que usam drogas e a formulação de práticas e políticas que visem uma abordagem integrada desses efeitos (TURAN et al., 2019).

Ainda que conceituado como identidade, a reflexão sobre o estigma mostra como, nos discursos e práticas, se inscrevem e articulam relações sociais, identidades, posições de sujeito e subjetividades (BRAH, 2006). No processo de implementação de políticas públicas, os agentes institucionais que controlam o acesso a determinados recursos e serviços (e tivemos alguns exemplos já citados nos trechos de entrevistas acima transcritos) possuem um alto poder discricionário. Assim, diretrizes e normas formais colocadas pelas políticas podem ser deslocadas por “concepções informais” incoporadas pelos agentes. As trajetória pessoais estruturam-se em processos de acumulação de vantagens e desvantagens em diversas esferas sociais, e as instituições sociais podem ou não confirmar contingencialmente esse processo (DUTRA, HENRIQUES, 2016).

A discricionariedade consiste na universalização e na oficialização de uma condição particular como exigência para um conjunto de cursos de ação influenciados pelas políticas públicas. Em outros termos, ao orientar suas práticas baseadas em pré-julgamentos sobre

determinadas características da população (expectativas com relação à performatividade de gênero, invisibilidade quanto a questões de pertencimento a classes sociais, preconceito com usuários de crack, entre outros), os agentes institucionais acabam por dificultar o acesso daqueles que mais precisam de apoio e intervenção do Estado para a garantia de seus direitos e exercício da cidadania, engendrando desigualdades entre grupos e indivíduos (DUTRA, HENRIQUES, 2016).

5.2.2 Diferença como Relação Social

O conceito de "Diferença como Relação Social", de acordo com Brah (2006, p. 362) refere-se "à maneira como a diferença é constituída e organizada em relações *sistemáticas* através de discursos econômicos, culturais e políticos e práticas institucionais".

Tal conceito, tal como propõe esta autora, salienta a articulação de regimes de poder, historicamente variáveis, dentro dos quais se estruturam modos de diferenciação tais como gênero ou racismo: "é o eco da "diferença como relação social" que reverbera quando legados da escravidão, do colonialismo ou do imperialismo são invocados" (BRAH, 2006, p.364). Citando, como exemplo, a categoria "classe trabalhadora", Brah (2006) afirma que tal categoria destaca uma posição de um grupo em determinadas relações sociais de classe estruturadas. Tal afirmação, contudo, não pode ser resumida a uma situação de subordinação estanque em tal estrutura, mas que deve também ser compreendida como inserida em sistemas de significação e representação que constroem "classe" como "categoria cultural". Sem privilegiar ou dar centralidade ao "estrutural", como um eixo que centraliza e determina as experiências, considera que os efeitos das relações sociais podem ser observados em todos os espaços de formação social: nas políticas, nas instituições, nas subjetividades, nos afetos, nos cenários onde se desenrola concretamente a vida cotidiana (BRAH, 2006; BRAH, 2011).

Ao categorizar, desde a conceituação de "diferença como relação social", as temáticas discutidas pelos interlocutores quando convidados a refletir sobre as *diferenças* e suas intersecções com as políticas de drogas, identificamos que a maior ênfase foi colocada sobre o *racismo*. Considerado como um sistema de opressão que resulta em maior desvantagem e desigualdades para a população negra, foi apontado como um importante marcador social da diferença a ser considerado nas análises das políticas de drogas por quase todos os participantes.

Nas entrevistas, foi destacada a crescente incorporação dessa discussão nesse campo. Para alguns interlocutores, a articulação entre políticas de drogas e racismo não estava

contemplada nas discussões quando este campo começou a se configurar, nem de uma perspectiva estrutural, tampouco quando se discutiam as experiências de usos de drogas entre os diferentes grupos populacionais e as diferenças identitárias. Importante destacar que os interlocutores que mais destacaram a importância dessa discussão foram aqueles que estão associados a organizações não governamentais e que estão mais conectados com as pautas dos movimentos sociais. Não é dos gestores que vem a preocupação com a incorporação dessa pauta inicialmente, embora se perceba, na fala de alguns, a crescente preocupação com essa questão.

O racismo *institucional*, resultado da dinâmica de funcionamento das instituições e que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios a partir da raça (ALMEIDA, 2018), foi apontado por alguns participantes, revelando uma preocupação com esse aspecto e a importância da incorporação dessa compreensão para mudança nas práticas dos serviços.

> Tem um racismo institucional entranhado nos serviços, não só nos serviços, mas na sociedade de uma maneira geral, um racismo bastante explícito, né? E isso, dentro dos serviços, se repete talvez com uma perversidade maior, porque a gente tá falando de serviços de saúde, serviços públicos, que não têm que ter filtro pra entrar, um serviço pra todo mundo. Talvez assim, apostar desde o início, essa é a questão, desde o início em uma intervenção nova, uma estratégia nova, tem que estar lá colocados esses elementos, pra que isso não seja, enfim, "ah não, depois a gente vai conversar sobre isso", né? (Interlocutor 7).

> Esse marcador é fundamental, e é muito difícil explicar o racismo pra quem nem tá convencido de que existe racismo, que é o tipo de gente que a gente tenta dialogar no governo. "Ah, legal, a gente tem que ver isso de diminuir o preconceito, né?" (...), se a pessoa é preta tem que mudar sua perspectiva de como lidar com essa pessoa porque ela vive os impactos socioeconômicos de uma maneira diferente, inclusive acessando menos saúde quando já tá em estágio muito avançado de comorbidades em geral. (...) É um desafio, também não sei muito bem como fazer, mas a gente acha que tem que ter todo mundo a mesma concepção do que é racismo, e que ele não é preconceito, não é ato discriminatório individual, isso já ajuda (Interlocutora 1).

> nós ainda estamos aprendendo a levar no campo da saúde, do cuidado, como que você coloca as questões de gênero, de racismo e também do ciclo de vida para dentro das práticas dos cuidados, quer dizer, como que você , na equação inconsciente que todo trabalhador da ponta faz para tentar compreender pela pessoa com quem está conversando, da onde vem o sofrimento, quais são as dimensões importantes de sofrimento... O pedaço da equação que diz respeito a gênero, raça e idade não existe, tem um peso menor do que deveria ter. Uma razão evidente é porque nós também somos portadores dos mesmos preconceitos que a sociedade tem, nós somos informados assim (Interlocutor 9)

Em algumas entrevistas, foi apontada a associação complexa entre a "guerra às drogas" e o racismo. A política proibicionista afeta de forma seletiva e desigual determinados grupos sociais. Nesse sentido, o racismo é compreendido como *estrutural*, como parte de um processo social em que se estrutura e constituem as relações políticas, jurídicas, econômicas, familiares de uma sociedade "cujo racismo é regra e não exceção" (ALMEIDA, 2018, p. 38).

> Percebemos que o centro da discussão da política de drogas não estava na questão da guerra, e portanto ela não fazia um recorte de raça... então, assim, os dados que aparecem nos direitos humanos não tem cor e não tão estruturando o centro de como essas relações acontecem, então é só um dado... As pessoas que mais são presas são negras, ou as que mais morrem são negras, e tem uma relação disso com as relações sociais e econômicas estabelecidas no Brasil que é um país fundado num pacto racista. Então a Iniciativa[60] vem também pra ajudar a dar uma fortalecida no centro dessa discussão inclusive no sentido de apontar que esses campos de direitos humanos são majoritariamente brancos porque partem muitos da academia, e tem a necessidade da gente racializar essa discussão no Brasil (Interlocutora 1).

> também é uma super diferença entre brancos e negros ou talvez o que a sociedade acredita como brancos e negros, né? E quem se fode, infelizmente são os negros periféricos... tem o genocídio da população negra. E isso acontece de uma forma legalizada, é, ok você fazer isso, ok pelo bem do resto da população, pra que as drogas não cheguem a essas pessoas, então tudo bem você matar essas pessoas, você exterminar essas pessoas e prender essas pessoas, porque elas estão consumindo drogas, elas estão vendendo drogas, então, é ok, o estado libera, e a gente acredita no "bandido bom, é bandido morto", mas quem são os bandidos, né? Quem é que tá sendo morto de fato? (Interlocutor 9)

Trazendo especificamente para o contexto da cidade de São Paulo, um interlocutor destaca o *território* como um importante marcador a ser analisado nas ações decorrentes do proibicionismo, apontando para a discricionaridade das abordagens policiais, que são marcadamente diferentes nos diferentes bairros da cidade.

> mas também há uma grande diferença e quem vai preso são os negros, os negros periféricos, em sua maioria (...) pegos e presos com quantidades pequenas de droga, seja qual ela for, não são quantidades gigantescas, não são toneladas... quem vai preso cotidianamente, são com quantidades pequenas... e também em lugares muito específicos, é na periferia (...) o tratamento aqui em Pinheiros é diferente, subindo a Paulista o tratamento também vai ser diferente, isso também vai

[60] Referência à Iniciativa Negra por Uma Nova Política Sobre Drogas, uma organização da sociedade civil que atua pela construção de uma agenda de justiça racial e propondo reformas na atual política de combate às drogas. Informações disponíveis em: https://iniciativanegra.com.br/

> depender da sua cor infelizmente, mas, você consegue diferenciar bem (Interlocutor 9).

Analisando essa diferença apontada com relação às abordagens policiais, importante demarcar que a cidade de São Paulo apresenta uma distribuição desigual da população negra em seu território. Segundo os dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE), 37% da população paulistana (4.164.504 habitantes) pertenciam à população autodeclarada negra (pretos e pardos). A distribuição do local de residência da população negra não é homogênea, havendo maior concentração nas periferias da cidade. Em locais como Parelheiros, no extremo Sul do município, a população negra chega a 57,1%, enquanto em Pinheiros, localizado em uma zona central, é de apenas 7,3% (SÃO PAULO, 2014).

Alves (2014), ao analisar as topografias da violência no espaço urbano de São Paulo, identifica que as cartografias de residência da população negra, de grupos de renda baixa e dos locais com mais altas taxas de homicídios são correspondentes. Nesse sentido, Alves (2014) propõe o conceito de "necropolítica[61] espacial", com o objetivo justamente de espacializar os mecanismos da morte violenta que vitima adolescentes e jovens negros do sexo masculino, moradores de áreas pobres das cidades médias e grandes brasileiras.

Na capital paulista, as estratégias de governança dessa "necropolítica espacial" são produzidas por meio da intersecção de corpos racializados, geografias criminalizadas e práticas de assassinato da polícia (ALVES, 2014; GOMES, 2017). Alves (2014) aponta em seu estudo que, em 2011, de cada cinco assassinatos na capital paulista, um era cometido pela polícia militar. É através de grupos de policiais à paisana e mortes em serviços, justificadas legalmente pela nomenclatura jurídica 'autos de resistência", que essas mortes acontecem.

Para Borges (2019),

> a narrativa de "guerra às drogas" é o pretexto de uma ação e ideologia articuladas com o intuito de militarizar e especular territórios e exterminar subjetividades e vidas já que não se "guerreia" contra substâncias. É uma guerra que ocorre cotidianamente de modo silencioso em diversos territórios negros e periféricos e atua apenas na ponta da Economia das drogas. O mercado de drogas mantido na ilegalidade não nos permite visualizar todas as suas ramificações e

[61] Há aqui correspondência com o conceito de *necropolítica*, formulado pelo filósofo camaronês Achille Mbembe. Analisando as formas contemporâneas que subjugam a vida ao poder da morte, propõe a noção de necropolítica e necropoder para explicar as várias maneiras pelas quais, em nosso mundo contemporâneo, estratégias e instrumentos são desenvolvidos e implantados "no interesse da destruição máxima de pessoas e da criação de "mundos de morte", formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de "mortos-vivos"" (MBEMBE, 2017, p. 146)

> extensões, além de colocar em risco, inclusive, instituições, já que se move e se mantém corrompendo estruturas.

Com relação ao índice de encarceramento, uma pesquisa realizada no município de São Paulo, analisou dados de dois distritos policiais da capital paulista, Santa Cecília e Itaquera, entre 2004 e 2009, buscando compreender as mudanças nas abordagens policiais e a criminalização das pessoas enquadradas por porte de alguma substância psicoativa ilícita após a Lei Federal 11.343/06, que demarcou a diferenciação entre usuário e traficante. Os resultados da pesquisa apontam para um aumento substancial do número de pessoas incriminadas por comércio de drogas, ao passo em que diminui o número de incriminados por uso, nas duas regiões analisadas, em uma série ascendente. No primeiro trimestre de 2004, registra-se que 48,8% dos sujeitos presos por porte de droga foram incriminados por uso e 51,2%, por tráfico. Já no último trimestre de 2009, o registro aponta para 12,5% dos indivíduos sendo incriminados por uso enquanto que 87,5% foram presos por tráfico. Assim, em 2009, quando em comparação com o ano de 2004, as chances de uma pessoa ser incriminada por tráfico em relação ao uso aumentaram aproximadamente quatro vezes. Cabe a ressalva de que muitos dos registros das ocorrências (799 de um total de 1256), não continham informações sobre a quantidade de drogas da pessoa criminalizada (CAMPOS; ALVAREZ, 2017).

Nessa pesquisa, foram analisados dados que permitem traçar um determinado "perfil" dos sujeitos que são criminalizados: jovens, desempregados, com baixa escolaridade, com empregos precários e informais. Tais práticas policiais, ainda de acordo com esses autores, "remetem à hierarquização social, a estigmas baseados na origem social do indivíduo e na representação social que o policial faz de quem é um comerciante de drogas e passível de verificação e criminalização" (CAMPOS; ALVAREZ, 2017, p.55). Tais dados reforçam pesquisas anteriores e a afirmação de que sistema jurídico-criminal trata desigualmente os desiguais, acentuando as distâncias entre grupos identitários distintos e aprofundando as desigualdades (ADORNO, 1994; JESUS, 2011).

Ainda de acordo com os dados produzidos por essa pesquisa, também foram identificados fatores que incidem sobre a probabilidade de alguém ser incriminado por tráfico em relação ao uso: 1. *Escolaridade*: chances de alguém ser incriminado por tráfico de drogas são 3,6 vezes maiores quando o acusado é analfabeto ou possui Ensino Fundamental, em relação àqueles que possuem Ensino Superior. 2. G*ênero*: São 2,38 vezes maiores as chances de uma mulher ser incriminada por tráfico do que por uso, em comparação com os homens. 3. L*ocal*: em Itaquera as chances de alguém ser incriminado por tráfico são 2,13 maiores que as chances de ser incriminado por uso em comparação com Santa Cecília (CAMPOS; ALVAREZ, 2017).

A análise dos dados sobre flagrantes de tráfico em São Paulo também permite afirmar que é a "ponta da cadeia" do tráfico de drogas, o de pequeno porte, que acaba sendo criminalizada. Entre as principais consequências dessa política de combate acaba sendo a geração de uma grande massa de jovens com passagem pela polícia, registros criminais e com os estigmas produzidos pela prisão (JESUS, 2011).

Nesse sentido, duas interlocutoras problematizaram a importância de considerar a passagem pelo sistema prisional como mais um marcador que atravessa as experiências das pessoas, e que irá refletir na desvantagem de acesso a bens e direitos. A passagem por este sistema marca as trajetórias de vida das pessoas, e consideram fundamental que esse marcador seja considerado na formulação de políticas e estratégias de cuidado.

> além do município se responsabilizar pelos aspectos jurídicos das pessoas, por exemplo, a gente tinha que estar acompanhando essas pessoas que tem medida cautelar, por exemplo, que saem da audiência de Custódia e tem medida cautelar, que tem que ir todo mês no fórum assinar, a gente tinha que estar fazendo isso. Assistência Social e Saúde tinham que estar fazendo isso. A vida jurídica da pessoa tem que estar no PTS [Projeto Terapêutico Singular], então eu acho que isso é uma coisa que faltou e a gente pecou bastante em não fazer, não acompanhar tão de perto. (...) E são essas pessoas em alta vulnerabilidade que chegam, passam pelas audiências de Custódia porque roubaram um desodorante, ou um Tang, e aí a gente tem que tentar fazer a iniciação delas na rede. Só que são pessoas que já tem essa desvantagem de acesso, então para inserir na rede a gente precisa que a rede esteja sensibilizada para recebê-las também, porque é a pessoa que a gente vai ter que buscar várias vezes na biqueira, ou na cena de uso, para ir assinar as coisas dela no fórum. Então ela chega lá, ela entende que saiu da audiência de Custódia e que ela está livre, não tem o entendimento que ela não está livre, ela só vai responder em liberdade e vai ter que assinar todo mês. São essas pessoas que não conseguem se organizar para assinar todo mês e que vão ser presas porque não vai lá assinar, quando for passar por uma blitz vai ser presa. Então as pessoas só ficam nessa catraca de exclusão, poder judiciário, exclusão, sistema prisional... E por incrível que pareça é a maior parte da nossa população (Interlocutora 2).

> Um outro marcador que a gente precisa começar a trabalhar é de cidadania. Porque como a lei de drogas criminaliza quase todas as ações que perpassam droga, uma grande parte dessas pessoas em algum momento esteve ou vai estar no sistema de justiça criminal, não de qualquer pessoa, mas das pessoas que tão fazendo uso em situação de maior vulnerabilidade. (...) é justamente pra gente conseguir incidir em coisas que se repetem mais com as populações mais vulneráveis, no caso mulheres, mulheres negras ou homens negros (Interlocutora 1).

O proibicionismo, operacionalizado por um sistema jurídico-criminal que se caracteriza pela grande seletividade e aplicação desigual da lei, tem provocado o encarceramento em massa e a criminalização de territórios empobrecidos e contribuído para naturalizar um sistema de opressões que produz cotidianamente marginalização e humilhação social de grupos e categoriais sociais que já se encontram em situações de opressão e desigualdade social (BORGES, 2019; CAMPOS, ALVAREZ, 2017; SOUZA, 2016).

Para Adorno (2015, p.305),

> A visibilidade do tamanho do aparato de produção de uma exclusão social que passa da criminalização das drogas ao sistema carcerário e "produz" uma população que vive entre as ruas e esse sistema, justificando grande parte de ação e existência das polícias que vivem uma grande parte de suas atividades em torno das drogas. Proibicionismo, repressão, tortura e exclusão social como invólucros de um mercado ilegal crescente da economia contemporânea.

Nessa intersecção entre usos de drogas e circuitos de exclusão social, observamos que particular ênfase foi dada pelos interlocutores à questão do consumo de crack e à 'Cracolândia" na região do bairro da Luz, região central de são Paulo. A partir desse contexto específico, como define Rui (2012, p.224), a "mais radical das pobrezas urbanas", as falas dos participantes destacam relações e existências que se posicionam na intersecção entre consumo de crack, dinâmicas e trajetórias de rua e vulnerabilidade social.

Em 2015, foi desenvolvido um estudo de avaliação preliminar do Programa 'De Braços Abertos", na qual buscou-se conhecer o perfil dos beneficiários e suas percepções sobre as ações desenvolvidas. Entre os dados levantados, destacamos que a maioria das pessoas atendidas possuía mais de 30 anos (77%), tem filhos (73%), tem passagem pelo sistema prisional (67%) e encontravam-se em zonas de vulnerabilidade ou desfiliação social, apresentando baixos índices de escolaridade, inserção precária no mercado de trabalho e redes sociais fragilizadas. Também havia um número maior de homens: 58% se declararam do sexo masculino, 37% do sexo feminino e 5% transexuais. Quanto à autodeclaração racial/étnica, a grande maioria dos beneficiários (68%) se autodeclarou parda/mestiça e negra/preta e 23% se declararam brancos (RUI et al., 2016). Tais dados merecem atenção no processo de formulação de políticas nesse contexto e se assemelham aos dados nacionais sobre pessoas em situação de rua que usam crack, sendo observada uma superposição e sobrerepresentação de marcadores de diferença, desigualdade e exclusão social, quando em comparação com os dados da população brasileira geral (BASTOS, BERTONI, 2014).

A análise desses dados, e a discussão proposta por diversos autores no campo, leva à necessária desconstrução da compreensão de que o uso de crack seria o responsável pela desorganização da vida das pessoas e sua consequente trajetória de perdas materiais e afetivas que culminaram com a ruptura de vínculos sócio-familiares e a "escolha" pela vida em situação de rua.

Na contramão dessa noção, alguns interlocutores apontaram para a importância de se conhecer os percursos e experiências dos sujeitos que se encontram, nesse momento da vida, circulando no "fluxo", fazendo uso de crack e vivendo em situação de rua. Além da importância da compreensão das singularidades das experiências individuais, trazem a necessidade do reconhecimento dos contextos e relações que caracterizam as trajetórias e a situação de vida desse grupo de pessoas.

> Essas pessoas que estão na Cracolândia não se tornaram vulneráveis em razão do uso da droga. Elas vêm de uma altíssima vulnerabilidade social, a grande maioria, claro que tem exceções, mas elas vêm de uma grande vulnerabilidade social e elas estão inseridas neste contexto por causa dessa vulnerabilidade (Interlocutora 11).

> A pesquisa da FIOCRUZ sobre usuários de crack traz aí um retrato nacional, muito fidedigno e importante, que mostra que as pessoas que estão nas cenas de uso fazendo uso prejudicial de crack são miseráveis, são aquilo que o Jessé Souza chama, provocativamente de ralé[62], em grande parte (Interlocutor 9).

Nesse contexto, a ênfase nos discursos foi colocada na importância da compreensão da forma como determinados regimes de poder se articulam na produção de diferenças que, por meio de relações sistemáticas, reproduzem vulnerabilidade, opressões e desigualdades na vida das pessoas. De forma bastante ampla, foi visibilizada, em primeiro plano, a complexidade das relações que se estabelecem entre consumo de drogas, as profundas desigualdades que caracterizam a sociedade brasileira e a formulação de políticas públicas dirigidas ao cuidado de pessoas que usam drogas.

> O tema de drogas como política pública nos traz o desafio de lidar com populações muito vulneráveis, marginalizadas, excluídas e que o Jessé Souza chama de "ralé". A discussão da "ralé" é mais determinante na questão das drogas do que a droga em si (Interlocutor 4).

---

[62]Referência ao sociólogo brasileiro, Jessé Souza, que desenvolveu uma grande pesquisa de campo no Brasil, financiada e organizada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, na qual se buscou compreender as relações entre consumo de crack e exclusão social. O termo "ralé brasileira" é utilizado por Souza (2009) para visibilizar uma "classe social", que por não possuir condições de incorporar conhecimentos ou "capital cultural", se mantém numa zona de desclassificação social que se reproduz geracionalmente.

Na compreensão da dimensão da "miséria" e da "pobreza", como eixo e foco de intervenções e políticas dirigidas aos usuários abusivos de crack e em situação de rua, a referência ao marcador social de "classe" aparece interseccionado, na fala de alguns interlocutores, ao marcador "raça". Em diversas falas em que esses marcadores foram nomeados, foi visibilizada a importância de se desnaturalizar as desigualdades que constituem a sociedade brasileira e a importância de se analisar o racismo como estrutural, estruturante e indissociável dos mecanismos de classificação/desclassificação social.

> O tema da questão racial no país é muito importante. Porque tem a ver com questão econômica, mas também de certos comportamentos. A questão do Brasil é o cruzamento de uma prática escravagista com o capitalismo. (…) A nossa cultura escravocrata está enraizada na nossa questão da desigualdade. Ou, ao contrário, eu diria: nossa desigualdade está enraizada em uma estrutura escravocrata (Interlocutor 4).

> O crack, no Brasil hoje, é um problema social. Aquilo que ele tem de impacto na sociedade e, portanto, de ser razão para a priorização da política é a combinação com a miséria e com a questão da desigualdade, com relações bastante complexas aí, de tanto ele servir para um discurso de criminalização indireta ou/e culpabilização da pobreza dos pobres, culpabilização de sujeitos pela sua pobreza, dizendo que a escolha pelo crack que o tornou pobre ou que o mantém na pobreza. Ou simplesmente pela associação da ideia Crack, violência, pobre, Crack, violência, negro, Crack, violência, pobre, negro, jovem, Crack, violência, pobre, negro na periferia. Vai se trabalhando no discurso na mídia, essas associações que são muito prejudiciais, mas que tem uma funcionalidade na sociedade brasileira, que é ajudar a explicar e justificar a persistência da desigualdade nessa intensidade para a gente vê hoje (Interlocutor 9).

Desde o conceito de "colonialidade do poder", forjado por Aníbal Quijano, "raça" e "classe" não são categorias que podem ser separadas e diferenciadas, com suas recíprocas relações pensadas como externas: "A 'racialização' das relações de poder entre as novas identidades sociais e geoculturais foi o sustento e a referência legitimadora fundamental do caráter eurocentrado do padrão de poder, material e intersubjetivo. Ou seja, da sua colonialidade" (QUIJANO, 2007, p. 107).

Para Brah (2011), a racialização do poder opera *em* e *através* dos corpos. Não há hierarquia entre as opressões. Os discursos que legitimam a perpetuação de práticas racistas e suas representações são indissociáveis do poder político e econômico que constituem. As opressões estabelecidas desde o colonialismo agem interseccionadas e de modo indissociado para a manutenção da estrutura de dominação (BORGES, 2019).

No processo de reflexão sobre a identificação de diferenças que estruturam relações de desigualdade no contexto da "Cracolândia", junto com a dimensão da pobreza e miséria, foi colocada a violência como uma questão importante a ser visibilizada.

Um interlocutor destaca que, por vezes, a discussão da violência fica invisibilizada por receio de que a discussão recaia como um viés estigmatizante dos usuários de drogas, a partir da condenação social bastante difundida socialmente com relação aos usos e usuários de drogas. Nesse sentido, considera fundamental que a discussão sobre a violência seja feita de forma complexa e problematizando os efeitos das políticas proibicionistas, e traz como exemplo a articulação com a discussão sobre o homicídio entre os grupos mais afetados pela violência decorrente da guerra às drogas.

> Eu acho que o exemplo mais claro era a questão da violência, era muito importante poder dar essa volta... Não adianta dizer que droga não tem nada a ver com a violência. Tem a ver sim. Por quê? Porque ser usuário de drogas é um fator de vulnerabilidade para homicídio. Usar drogas torna mais vulnerável a sofrer violência, seja violência contra o tráfico, seja contra a polícia... ou de outras pessoas, não precisa ser nem do tráfico nem da polícia... (Interlocutor 9).

Castro-Gómez (2005) chama a atenção para os processos de formação dos estados-nação latino-americanos que são permeados pela perpetuação e acentuação da violência com objetivo de controlar, ou melhor, produzir "seus nacionais" e "racionalizar as atividades dos cidadãos". Para Borges (2019),

> Vivemos em uma sociedade marcada pela lógica neoliberal, racista e patriarcal. São opressões estruturais e estruturantes da constituição de uma sociedade que surge, para o mundo ocidental, com a exploração colonialista e ainda marca, em todos os seus processos, relações e instituições sociais as características da violência, usurpação, repressão e extermínio daquele período. Essas opressões, por sua vez, não ocorrem no plano abstrato, mas circunscrevem os corpos subalternizados (BORGES, 2019).

A violência atravessa os corpos e experiências dos usuários de crack, expressa nas abordagens policiais, nas relações com os agentes do tráfico, nos altos índices de homicídios. Num estudo realizado por Ribeiro et al., (2006) verificou-se que os usuários de crack têm oito vezes mais chance de tornarem-se vítimas de um assassinato se comparados à população brasileira geral. A taxa de mortalidade por assassinato chega a 56,5% das mortes, muito superior à taxa de mortes devidas aos efeitos da própria droga (8,7%). Esses percentuais demonstram

que o consumo de crack não mata a maioria dos usuários, porém as situações de violência vividas por essas pessoas as tornam mais propensas a morrer.

Na análise das falas que abordam especificamente a questão da violência no contexto da "Cracolândia", identificamos a percepção, para alguns interlocutores, de que essa violência não incide da mesma forma sobre todas as pessoas que ali circulam. Nesse sentido, destaca-se a preocupação com as mulheres, que consideram sujeitas a posições de maior opressão nas relações que ali se estabelecem e mais expostas a situações de violência física, verbal e sexual.

> E a questão da violência de gênero é muito grande, e mesmo no De Braços Abertos ainda acontecia, a gente tentava amenizar, mas mesmo assim ainda acontecia muito. Teve uma vez que estava tendo uma briga entre um homem e uma mulher na cena de uso... E aí eu fui falar com o Guarda Civil Metropolitano, pra pedir ajuda, e ele falou: "Em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher". Isso é tão enraizado que muitas vezes o feminicídio acontece porque as pessoas não podem se intrometer em "briga de marido e mulher", né? (Interlocutora 2).

> (...) têm a questão da prostituição e da violência sexual. Uma das situações que eu falei pra você que era dramática era uma mulher que tinha uma bolsa de colostomia. E era aberta, a gente queria fechar, e ela falava "Não posso, porque meu companheiro gosta de fazer sexo aqui". Então, ela se submetia a um companheiro que gostava de fazer sexo no buraco na barriga dela. Quer dizer, é de uma violência extrema, e era isso, dessa violência que a gente está falando. Então sim, as mulheres tinham uma condição diferente, tanto é que a gente começou a tentar trabalhar essa questão... (Interlocutora 11).

Para compreender a violência, é fundamental levar em consideração as formas e relações interpessoais e institucionais que atravessam a realidade das pessoas que por ali transitam. A violência é um obstáculo efetivo ao exercício efetivo dos direitos humanos e viola múltiplos direitos, incluindo o direito à vida. Os abusos contra a população feminina são uma evidência de que o Estado não é o detentor exclusivo do uso da violência. Portanto, além de controlar "o exercício autoritário do Poder do Estado", é fundamental que nas intervenções que visem os direitos humanos estejam contempladas práticas que incidam para coibir o autoritarismo da própria sociedade machista e patriarcal (PIMENTEL et al., 1998).

Destacar a distinção entre a violência a qual é submetida os corpos das mulheres, cis e transexuais, nesse contexto, parece fundamental de uma perspectiva que considera raça, classe, gênero e sexualidade como sistemas imbricados e mutuamente constitutivos. Nas experiências dessas mulheres, essas opressões agem de forma articulada. Trazer essa reflexão não significa, portanto, destacar quem seria o grupo "mais oprimido" mas apontar para a necessidade de enfrentamento conjunto dessas dimensões (CURIEL, 2009; ESPINOSA, 2012; RIBEIRO,

2017).

As *diferenças*, quando compreendidas desde a conceituação de Relação Social, visibilizam a necessidade de enfrentamento de sistemas de opressão que estruturam relações. Nesse sentido, sendo o Estado o "regulador oficial das relações sociais" (AKOTIRENE, 2019, p.112) em um contexto democrático, a questão da garantia dos direitos e da cidadania foi visibilizada pelos interlocutores.

> O tema de drogas é só uma luz que joga visibilidade para um problema estrutural do país. Não acho que é uma questão em si. Por isso não gosto da idéia de se formular uma política "em si". Mas põe em cheque a possibilidade de discutir muitas questões, como dos direitos. E tem uma coisa que eu aprendi com o DBA é que outras áreas são fundamentais (Interlocutor 4).
>
> [No DBA] era essa a política que a gente fazia, e tem muita diferença sim. Quem fica ali, quem sofre mais, é quem precisa mais. E precisa muito desse Estado presente. (Interlocutora 13)
>
> Eu acho que é uma ação civilizatória completa, tanto para quem vai pensar a intervenção do ponto de vista da gestão, mas também para a sociedade em geral... Por muito pouco, a gente cria 'estratos' de seres humanos; tem os seres humanos de primeira categoria e tem aqueles de segunda categoria, pra quem a gente vai endereçar o nosso ódio e dizer, por exemplo, 'olha, tá gastando não sei quanto com aqueles *noiados* e tá faltando remédio para a dengue", como se fossem coisas que uma toma da outra, como se aquelas pessoas ali, que estão em condições de vulnerabilidades trágicas, não pudessem ser sujeitos de direitos (Interlocutor 7).

Quando o consumo de crack é considerado com um "problema social", e não como uma patologia, crime ou desvio moral, as respostas a serem elaboradas para o enfrentamento desse problema não podem ficar resumidas a simples acesso a serviços de atenção médica ou de "recuperação". Visto sob essa ótica, é a exclusão no acesso a direitos básicos que deve ser o foco. Um interlocutor, contudo, chama a atenção para uma questão importante nesse sentido. A questão do acesso a direitos, via programas específicos, traz a discussão sobre as disputas entre diferentes grupos nas suas distintas reivindicações junto ao Estado.

> Tem uma dificuldade com o nível de estigmatização e condenação que tem o usuário de drogas no Brasil, então qualquer proposta de expandir direitos dessa população, como o direito à moradia, mesmo ao tratamento, ela encontra resistência da população. Uma resistência genérica e uma resistência às vezes mais específica, que vêm de outros grupos sociais, que também são desassistidos. Então, a discussão toda de moradia social para pessoas com uso problemático de drogas em

> situação de rua não pode ser descolada da discussão sobre habitação social para a população em situação de rua, em geral, usuário ou não de drogas... Como é que você faz essa discussão descolada, quer dizer, 'não, eu tenho um programa aqui só para quem... tem um caminho de entrada só para quem tem uso prejudicial de drogas e os outros em situação de rua, que não têm casa, ficam esperando, tem outra fila. Então, essa é outra dificuldade (Interlocutor 9).

Nasser (2018), em um estudo que busca analisar categorias, práticas e efeitos do programa DBA como uma política de inclusão na "Cracolândia", descreve o processo pelo qual os trabalhadores da assistência social operaram classificando as pessoas que seriam ou não incluídas no Programa, e encaminhadas para os hotéis. Entre tantas histórias marcadas por fluxos entre periferias, prisões, internações em instituições fechadas, serviços de assistência social e saúde, circuitos de rua, os profissionais deveriam classificar aqueles considerados "os mais vulneráveis".

Nasser (2018) problematiza a visibilização dessas pessoas como "mais vulneráveis" e o que isso implica: se no contexto da "Operação Sufoco" ser "nóia" significaria mais chances de sofrer a violência do Estado, no contexto do DBA essa mesma condição seria visibilizada para possibilitar o acesso a certos direitos, serviços e programas. Mas, destaca as contradições envolvidas nesse processo e possíveis "injustiças" cometidas pelos trabalhadores, a quem ficava a responsabilidade de julgar aqueles que seriam direcionados para o Programa e as intervenções que caberiam aos demais.

A "Cracolândia" não é um espaço físico. São pessoas. Pessoas singulares, homens e mulheres, com suas histórias e experiências, que moram ou apenas transitam por aquela região, que consomem também outras drogas, que têm afetos, relações, desejos e necessidades concretas. A análise das *diferenças,* nesse contexto específico, possibilita tanto o exercício de um olhar atento às singularidades quanto a identificação dos sistemas e regimes de poder que caracterizam as trajetórias de exclusão constitutivas desse grupo.

Considerando os limites das políticas e práticas universalistas, refletir sobre a diferença na formulação das políticas dirigidas ao cuidado de pessoas que usam drogas desde uma perspectiva interseccional possibilita compreender as relações entre os marcadores sociais como elementos estruturadores de relações de poder e como estes se intersectam de modo dinâmico e complexo com o uso de drogas (ZAFIROPOULOS; PINELL, 2010; MORAES, 2010).

Nessa direção, destacamos o cuidado para que o enfrentamento de uma opressão identificada não incida sobre o fortalecimento de outra. Há um grande desafio colocado, de se

formular estratégias para enfrentar as desigualdades de forma não compartimentalizada ou hierarquizada, mas a partir da compreensão de como se interconectam e articulam, num determinado contexto específico (BRAH, 2006, LUGONES, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cidadania e Direitos Humanos. Essas palavras-conceitos atravessaram todo este texto, buscando reafirmar uma perspectiva já defendida por pesquisadores, trabalhadores e militantes que atuam nesse campo de formulação de políticas e práticas de cuidado a pessoas que usam drogas.

O ponto de partida inicial dessa travessia que aqui realizei estava claro para mim: é necessário superar os reducionismos que o paradigma proibicionista construiu. Algumas produções no campo médico-sanitário trazem uma compreensão linear das leituras sobre o fenômeno das "dependências", numa história que partiria de uma concepção moral-religiosa, passaria por sua criminalização e culminaria com a formulação dos conceitos que trariam essa questão para o campo saúde-doença. A análise crítica sobre essa suposta "progressão", contudo, leva à reflexão sobre a matriz comum em que se sustentam os binarismos "doença-cura", "crime-castigo", "pecado-redenção" comportando os mesmos reducionismos e compartilhando do mesmo objetivo de controle e proteção social.

Baseado no modelo clínico infecto-contagioso, o modelo biomédico/psiquiátrico segue afirmando a necessidade de afastar os doentes do convívio social, para devolvê-los "sãos". Contudo, bem sabemos os limites das intervenções nesse campo, e o baixo índice de "sucesso" quando se tem a abstinência como norma e única meta a ser alcançada. Assim, sempre suspeitei desse discurso da "dependência química" como uma "doença" e como um discurso mais "progressista" nesse campo, bastante repetido por profissionais da saúde: "*ele não é culpado, ele é doente*". Enquanto pautados estivermos por essa lógica reducionista, não há cuidado possível. Não há a possibilidade de construção de uma relação ética se as pessoas a quem as políticas e práticas estão dirigidas forem apenas objeto de intervenção, tratamento e controle.

Se trazer a discussão do campo jurídico-criminal para uma perspectiva de saúde pública e coletiva parece ser fundamental, visto os efeitos desumanizantes da política proibicionista e repressiva, não posso também deixar de levantar alguns questionamentos para a prática nesse campo, buscando permanentemente escapar da lógica do controle e da punição que pode estar presente também nas práticas de atenção em saúde às pessoas que usam drogas.

Na experiência do "De Braços Abertos", com todas as dificuldades empiricamente conhecidas em sua implementação mas pouco abordadas pelos interlocutores com quem dialogamos, encontrei uma perspectiva que parecia resolver essas questões: "a reabilitação psicossocial por meio da promoção de direitos", tal como está colocado no Decreto que o

regulamenta. Como disseram alguns interlocutores, isso coloca essa experiência em um outro patamar de política pública de cuidado nesse campo. Há, aqui, um deslocamento primordial, na delimitação do sujeito alvo dessa política: não é um doente que vai receber um tratamento, não é apenas um corpo abjeto que será disciplinado pelas tecnologias de que a Saúde dispõe para produzir corpos mais saudáveis e produtivos. É um cidadão, um sujeito que tem direito a ter direitos.

O paradigma proibicionista construiu uma *diferença* que visibilizada nas políticas como "criminoso" ou "doente", produziu a segregação, estigmatização e maior vulnerabilização daqueles a quem as próprias políticas se referem como "vulneráveis". Será, então, que seria possível escapar desta lógica?

Tenho muitas dúvidas e bem poucas certezas. Mas entre essas, me parece claro que é insuficiente (ainda que necessária) a defesa da Redução de Danos apenas como uma (dentre outras) estratégia de cuidado ou como um conjunto de técnicas. Considerando os contextos latino-americanos e, especificamente, o brasileiro, defender o fim da Guerra às Drogas tem que ser o ponto de partida para qualquer discussão no campo das políticas de cuidado nesse campo (MENÉNDEZ, 2012). A Redução de Danos assim tem que ser colocada como uma perspectiva emancipatória, pautada por um projeto de transformação social. E como tal, é fundamental que seja sempre acompanhada de forma atenta, crítica e questionadora (MORAES et al., 2015).

O debate sobre direitos e cidadania qualifica a reflexão sobre as práticas de cuidado produzidas nesse campo ao trazer para a dimensão da "saúde" as discussões tão caras à Saúde Coletiva e ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Contudo, pesquisadores críticos desse campo apontam para o grande desafio constitutivo do SUS desde sua criação: "conferir sentido democrático popular, a partir do direito dos cidadãos à saúde, quando se inscrevia no mundo e no Brasil com suas particularidades históricas, uma democracia oligárquica" (MOTA, 2017, p.71). Ainda que diante de uma proposta constitucional cidadã, o Brasil, assim como outros países latino-americanos, se deparou com limites nesse processo de transição democrática ou de uma "democracia inconclusa" (GERSCHAMAN, 2004), e de um processo de invenção da cidadania num contexto de manutenção da exploração do trabalho e das riquezas desses países em condições "não democráticas" (QUIJANO, 2007, p. 108). Nesse contexto, "a função-jurídico-política das constituintes foi, precisamente, inventar a cidadania, ou seja, criar um campo de identidades homogêneas que tornem viável o projeto moderno da governamentabilidade" (CASTRO-GÓMEZ, 2005)

A discussão crítica da cidadania assim, leva também ao questionamento sobre esses direitos que, ao serem universalizados, acabam por invisibilizar e excluir, sendo necessário o

questionamento a esse sujeito único que se afirmou e constituiu justamente na negação de tantos outros e a discussão sobre as políticas de identidade, ainda que como estratégia e posicionamento, mais que um fim em si mesmo (LUGONES, 2012; CURIEL, 2009).

Nesse sentido, a perspectiva da Interseccionalidade foi fundamental para o aprofundamento da discussão do cuidado e dos direitos das pessoas que usam drogas. Situando esse estudo no campo da Saúde Coletiva, importante ressaltar a crescente proeminência da interseccionalidade como referencial teórico-metodológico em investigações nesse campo, que busquem compreender a articulação dos marcadores sociais em questões complexas que envolvem o processo saúde-adoecimento-cuidado, bem como na análise de programas e instituições da saúde, devido ao seu potencial para ancorar discussões preocupadas em evidenciar possibilidades de formulação de políticas e organização de programas e serviços de saúde comprometidos com a justiça social e garantia de direitos (COUTO et al., 2019).

As críticas ao modelo bélico adotado de forma hegemônica na América Latina como matriz das políticas públicas sobre drogas têm se constituído de forma ampla e articulada aos movimentos sociais e políticos contemporâneos que lutam pela soberania política, independência econômica e justiça social dessa região (RALÓN, 2011). Nesse sentido, destacamos a oportunidade do diálogo com a produção de pesquisadoras latino-americanas que utilizam de forma crítica e contextualizada a abordagem da interseccionalidade, destacando que a análise das desigualdades sociais devem considerar a heterarquia dos múltiplos regimes de poder que situam as sociedades e os Estados locais em uma situação de subordinação, no contexto das complexas relações de poder que constituem o sistema global capitalista (CURIEL, 2009; ESPINOSA, 2012).

Esse estudo se concentrou em descrever as políticas em seu contexto de formulação, conhecer suas diretrizes e concepções a partir dos lugares de fala de quem participou de sua elaboração e/ou monitoramento. Essa escolha metodológica, contudo, impõe limites à discussão e análise da temática abordada. Um dos limites identificados é a ausência de participação dos usuários dos serviços públicos de saúde e assistência social, cujas vozes poderiam trazer outros elementos para a discussão nesse campo, visibilizando experiências e percepções subjetivas. Nesse sentido, considero fundamental o desenvolvimento de estudos que visem discutir as políticas não apenas a partir de seus princípios, mas desde sua implementação, refletindo sobre as práticas produzidas e a forma com que se atualizam cotidianamente nos serviços destinados ao cuidado das pessoas que usam drogas. As políticas não se resumem apenas a discursos, estratégias e táticas. Referem-se também ao modo concreto no qual indivíduos e grupos são tratados e os impactos em sua vida cotidiana (WEINTRAUB; VASCONCELLOS, 2013). Mais

do que “emprestar” a voz ou o poder contratual aos usuários, para que suas experiências e opiniões sejam visibilizadas, considero fundamental, cada vez mais, a elaboração de pesquisa e práticas formuladas por e a partir dos usuários, cujas vozes têm sido por tanto tempo silenciadas ou capturadas pelos saberes considerados científicos.

Compreender as práticas contextualizadas nas relações entre profissionais-usuários, desde a perspectiva da Interseccionalidade, pode tanto contribuir para visibilizar os saberes e itinerários das pessoas que usam drogas e que apresentam necessidades sociais e de saúde, a partir de sua própria perspectiva, quanto possibilitar a reflexão sobre as concepções vigentes entre os profissionais, que por vezes desconsideram que a vivência subjetivamente corporificada das pessoas acolhidas compõe relações sociais a serem contextualizadas. Ao naturalizar e invisibilizar os marcadores sociais da diferença como elementos que estruturam e contextualizam as relações, os profissionais facilmente recaem na noção de que cada pessoa ali atendida é individualmente responsável pelo seu sucesso e seu fracasso. Ou, ainda, ao destacar a dimensão psíquica ou comportamental como objeto de sua intervenção, descontextualizam e desconsideram as condições concretas de vida das pessoas, a violência, o desemprego, as desigualdades perpetuadas pela matriz de opressão colonial (DUTRA; HENRIQUES, 2016; SANTOS, 2017).

Por fim, consideramos a importância de trazer à luz a preocupação que se deve ter, também, com a possibilidade da discussão sobre as diferenças e o reconhecimento das singularidades fazer emergir um discurso acentuado na ética neoliberal, buscando a isenção do Estado e a responsabilidade e “competência” individual para o exercício da cidadania e da inclusão social (BONETI, 2006). Ademais, há que se atentar para os mecanismos pelos quais o modo de produção capitalista contemporâneo se apóia na produção das diferenças e, portanto, a mera afirmação celebratória destas “longe de subverter o sistema, poderia contribuir para consolidá-lo” (CASTRO-GÓMEZ, 2005, p.87).

Há que se manter, também, uma postura questionadora da concepção hegemônica dos direitos humanos, consoante com as políticas liberais e com o colonialismo, evitando a ilusão de negar ou minimizar as tensões internas das teorias dos direitos humanos. Nos últimos anos, os direitos humanos foram sendo incorporados nas constituições e reconceitualizados como direitos de cidadania, garantidos pelo Estado, em muitos países. Mas a efetividade da proteção ampla dos direitos sempre foi precária (SANTOS, 2013; ASSUNÇÃO, 2015).

No atual contexto social e político, de fragilização da democracia e de dúvidas quanto ao papel do Estado, são muitos os desafios para a construção de políticas de drogas no Brasil e

em toda a América Latina, desde a necessidade urgente da opção por um modelo não bélico e o compromisso com a afirmação da ética cidadã e garantidora de direitos.

Teci esse capítulo final num último fôlego diante da necessidade imposta pelos prazos acadêmicos em encerrar essa tese. Mais do que apontar para necessidades de investigações acadêmicas futuras, essas considerações finais também são uma espécie de manifesto em defesa de políticas e práticas de cuidado dirigidas às pessoas que usam drogas que sejam contextualizadas desde o horizonte colocado pelas lutas descoloniais. Encontro em María Lugones e seu feminismo descolonial uma perspectiva para o *giro decolonial* (MALDONADO-TORRES, 2007) que intenciono. Com ela termino, com uma "esperança equilibrista", buscando acreditar na aposta em formas de agenciamento coletivos que, ao enfrentar a matriz de dominação colonial, constroem práticas de *resistência*, não como fim ou meta da luta política, mas sim como começo e possibilidade:

> (...) a tarefa da feminista descolonial inicia-se com ela vendo a diferença colonial e enfaticamente resistindo ao seu próprio hábito epistemológico de apagá-la. Ao vê-la, ela vê o mundo renovado e então exige de si mesma largar seu encantamento com "mulher", o universal, para começar a aprender sobre as outras que resistem à diferença colonial. A leitura move-se contra a análise sociocientífica objetificada visando, ao invés, compreender sujeitos e enfatizar a subjetividade ativa na medida em que busca o lócus fraturado que resiste à colonialidade de gênero no ponto de partida da coalizão. Ao pensar o ponto de partida desde a coalizão, porque o lócus fraturado é comum a todos/as, é nas histórias de resistência na diferença colonial onde devemos *residir*, aprendendo umas sobre as outras (...)
>
> Não se resiste sozinha à colonialidade do gênero. Resiste-se a ela desde dentro, de uma forma de compreender os atos de alguém, permitindo assim o reconhecimento. Comunidades, mais que indivíduos, tornam possível o fazer; alguém faz com mais alguém, não em isolamento individualista." (LUGONES, 2014, p.948-949)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, R. C. F. **A produção das cracolândias: razões de mercado, pânico moral e elogio da violência do estado** – a epidemia de uma miséria política brasileira. In: Fernandez et. al (orgs.). Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015. p.291-306.

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira; VASCONCELLOS, Maria da Penha; ALVARENGA, Augusta Thereza de. Para viver e pensar além das margens: perspectivas, agenciamentos e desencaixes no campo da saúde pública. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 86-94, 2011.

ADORNO, Sérgio. Crime, justiça penal e desigualdade jurídica-As mortes que se contam no tribunal do júri. **Revista USP**, n. 21, p. 132-151, 1994.

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

ALMEIDA, Isabella Silva de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Análise sobre a constituição de uma rede de Saúde Mental em uma cidade de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2715-2726, 2019.

ALMEIDA, Silvio. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ALVES, Jaime Amparo. From necropolis to blackpolis: Necropolitical governance and black spatial praxis in São Paulo, Brazil. **Antipode**, v. 46, n. 2, p. 323-339, 2014.

ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. (Orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.125-38.

AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial**, p. 163-185, 1997.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** SciELO-Editora FIOCRUZ, 1998.

ASSUNÇÃO, Leilane. **Direitos humanos e direitos das pessoas que usam drogas: história de uma assimetria político-conceitual**. In: Fernandez et. al (orgs.). Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015.p.279-290

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 16-29, 2004.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, p. 63-72, 2001.

BABOR, Thomas et al. La política de drogas y el bien público. Washington, DC: Organizacion Panamericana de la Salud, 2013.

BABOR, Thomas; CAETANO, Raul; CASSWELL, Sally. El Alcohol: Un producto de consumo no ordinario: **Investigación y Políticas Públicas**. 2010.

BARDIN, Lawrence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. São Paulo: Edições 70; 2011.

BARROS, André; PERES, Marta. Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. **Periferia**, v. 3, n. 2, 2011.

BARTOLOMEI, Carlos Emmanuel Fontes; CARVALHO, Mariana Siqueira de; DELDUQUE, Maria Célia. A saúde é um direito. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 184-191, 2003.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro; BERTONI, Neilane (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack:** quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT, 2014.

BATTINI, Odária; COSTA, Lucia Cortes da. Estado e políticas públicas: contexto sócio-histórico e assistência social. **SUAS: sistema único de assistência social em debate. São Paulo: Veras**, 2007.

BECKER, Howard S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1994.

BECKER, Howard S. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Zahar, 2008 [1963].

BENJAMIN, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense**, p. 197-221, 1994.

BERRIDGE, Virginia. Dependência: história dos conceitos e teorias. **A natureza da dependência de drogas.** Porto Alegre: Artes Médicas, p. 13-34, 1994.

BILGE, Sirma. De l'analogie à l'articulation: théoriser la différenciation sociale et l'inégalité complexe. **L'Homme la Societe**, n. 2, p. 43-64, 2010.

BILGE, Sirma. Théorisations féministes de l'intersectionnalité. **Diogène**, n. 1, p. 70-88, 2009.

BITTENCOURT, Ligia Maria. Do discurso jurídico à ordem médica: os descaminhos do uso de drogas no Brasil. **Rio de Janeiro: PUC**, 1986.

BOITEUX, Luciana. Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. (tese de doutorado) **Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo**, 2006.

BOITEUX, Luciana. Drogas y prisión: la represión contra las drogas y el aumento de la población penitenciaria en Brasil. In. METAAL, P; YOUNGERS, C. (eds.) **Sistemas Sobrecargados: Leyes de drogas y cárceles en América Latina, ed. Pien Metaal and Coletta Youngers (Amsterdam, Washington: TNI/WOLA, 2010)**, p. 30-39, 2010.

BOKANY, Vilma. **Drogas no Brasil**: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões. 2015.

BONETI L, W. **Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania**. JURIS, Rio Grande, v. 26: p. 189-204, 2016.

BORGES, Juliana. **Encarceramento em Massa**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

BOURGOIS, Philippe. Crack and the political economy of social suffering. **Addiction Research & Theory**, v. 11, n. 1, p. 31-37, 2003.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. **cadernos pagu**, v. 26. 2006.

BRAH, Avtar. Travels in negotiations: difference, identity, politics. **Journal of creative communications**, v. 2, n. 1-2, p. 245-256, 2007.

BRAH, Avtar. **Cartografías de la diáspora**: identidades en cuestión. Traficantes de sueños, 2011.

BRAH, Avtar; PHOENIX, Ann. Ain't I a woman? Revisiting intersectionality. **Journal of international women's studies**, v. 5, n. 3, p. 75-86, 2004.

Brasil, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Conselho Nacional de Saúde / MS, 2002

BRASIL. **A política do ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS; 2003.

BRASIL. Biblioteca da Presidência da República. **Discurso na abertura do 1o Fórum Nacional Antidrogas**. Colégio Militar de Brasília, 27 de novembro de 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Sócio assistenciais**. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília; 2009.

BRASIL. **Constituição Brasileira**. Brasília, DF: Imprensa Oficial; 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS**: acesso, eqüidade, qualidade. Desafios para consolidar a mudança do modelo. Relatório de gestão 2008. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas. Brasília; 2009a

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Caderno de orientações técnicas: atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília, 2016.

BRASIL. Resolução nº 145 de 15 de outubro de 2004. **Política Nacional de Assistência Social**.

CAMPOS, Marcelo S; ALVAREZ, Marcos César. Pela metade: implicações do dispositivo médico-criminal da "Nova" Lei de Drogas na cidade de São Paulo. **Tempo Social**, v. 29, n. 2, p. 45-73, 2017.

CAPUANO, Daniel Antonio et al. Busca ativa de casos de tuberculose pulmonar em uma unidade de atendimento em farmacodependência no município de São Paulo (agosto de 1999 a agosto de 2000). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, p. 255-261, 2003.

CARNEIRO, Henrique. **Bebidas alcoólicas e outras drogas da época moderna**. Economia e embriaguez do século XVI ao XVIII. Historiador Eletrônico, 2004. Disponível em: http://www.neip.info

CARNEIRO, Henrique. La fabricación del vicio. **Droga, cultura y farmacolonialidad: la alteración narcográfica**, p. 181-202, 2002.

CARVALHO, Ilona Szabó. **O despertar da América Latina:** uma revisão do novo debate sobre políticas de drogas. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé; 2014

CARVALHO, Ilona Szabó; PELLEGRINO, Ana Paula. Políticas de Drogas no Brasil: a mudança já começou. **Rio de Janeiro: Instituto Igarapé**, 2015.

CARVALHO, Salo. Política de guerra às drogas na América Latina entre o direito penal do inimigo e o estado de exceção permanente. **Crítica Jurídica**, v. 1, n. 25, 2006.

CASTEL, Robert. Da indigência à exclusäo, a desfiliaçäo: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional In: LANCETTI, A. **Saúdeloucura, 4**. Säo Paulo, HUCITEC, 1993. p.21-48.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTRO, Mary Garcia. Políticas públicas por identidades e de ações afirmativas: acessando gênero e raça, na classe, focalizando juventudes. **Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Fundação Perseu Abramo**, p. 275-303, 2004.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago. Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da "invenção do outro". **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO**, p. 80-87, 2005.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSFOGUEL, Ramón. Prólogo. Giro decolonial, teoría crítica y pensamiento heterárquico. **El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global**, p. 9-23, 2007.

CELLARD, André. **A análise documental**. POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, v. 295, p. 2010-2013, 2014.

CFP. Conselho Federal de Psicologia; **Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura**; Procuradoria Federal Dos Direitos do Cidadão/ Ministério Público Federal. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. CFP: 2018.

COLIN, Denise Arruda; SILVEIRA, Jucimeri Isolda. Serviços socioassistenciais: referências preliminares na implantação do SUAS. **SUAS: sistema único de assistência social em debate. São Paulo: Veras**, 2007.

COLLINS, Patricia Hill. **Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment**. Routledge, 2000.

COMIS, Maria Angélica de Castro. Programa Municipal "De Braços Abertos": uma experiência de intersetorialidade. **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça-proximidades e opiniões. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo**, p. 177-186, 2015.

COOPER, Hannah LF. War on drugs policing and police brutality. **Substance use & misuse**, v. 50, n. 8-9, p. 1188-1194, 2015.

COSTA, H. **Apresentação**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2003.

COUNT THE COSTS: 50 Years of the War on Drugs. 2012. Undermining Human Rights. ‹http://www.countthecosts.org/ sites/default/ files/Human_rights_briefing.pdf›

COUTO, M. T.; GOMES, R. **Homens, saúde e políticas públicas**: a equidade de gênero em questão. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012.

COUTO, Marcia Thereza et al. La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. **Salud Colectiva**, v. 15, p. e1994, 2019.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista estudos feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

CRENSHAW, Kimberle. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stan. L. Rev.**, v. 43, p. 1241, 1991.

CURIEL, Rosa Ynés Ochy. **Descolonizando el feminismo: una perspectiva desde América Latina y el Caribe**. In: Primer Coloquio Latinoamericano sobre Praxis y Pensamiento Feminista, Junio Buenos Aires. 2009.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret Policies and strategies to promote social equity in health. **Stockholm: Institute for future studies**, p. 1-69, 1991.

DAMMERT, Lucía; ZÚÑIGA, Liza. **La cárcel: problemas y desafíos para las Américas**. FLACSO-Chile, 2008.

DAVIS, Kathy. Intersectionality as buzzword: A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful. **Feminist theory**, v. 9, n. 1, p. 67-85, 2008.

DEL OLMO, Rosa. A face oculta da droga. **Rio de Janeiro: Revan**, p. 30, 1990.

DELGADO, Pedro Gabriel. Drogas: o desafio da saúde pública. In: **Avessos do prazer: drogas, AIDS, e direitos humanos**. 2005. p. 165-181.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. In: **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2006.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias.** 2014.

DUTRA, Roberto; HENRIQUES, Vanessa. O poder discricionário dos agentes institucionais que lidam com usuários de crack: invisibilidade de classe e estigma de gênero. **Crack e exclusão social/organização Jessé Souza; Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas**, p. 305-328, 2016.

ENGEL, Magali Gouveia. As fronteiras da'anormalidade': psiquiatria e controle social. **Hist Cienc Saúde Manguinhos**, p. 547-63, 1999.

ESCOHOTADO, Antonio. A proibição: princípios e conseqüências. **Drogas: a hegemonia do cinismo**, p. 29-46, 1997.

ESPINOSA, Yuderkis. La política sexual radical autónoma, sus debates internos y su crítica a la ideología de la diversidad sexual. **Pensando los feminismos en Bolivia**, p. 113-128, 2012.

EVANS, S. **Lições Brasileiras de Saúde, Segurança e Cidadania-Crack: Reduzir Danos**. Open Society Foundations, 2017.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, v. 12, n. 1, p. 47, 2004.

FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Raega-O Espaço Geográfico em Análise**, v. 17, 2009.

FIORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. **Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda**, p. 257-290, 2005.

FIORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estudos CEBRAP**, n. 92, p. 9-21, 2012.

FLAUZINA, A. L. P. Corpo negro caído no chão: o sistema penal e o projeto genocida do Estado Brasileiro. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008.

FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. **Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos**, p. 25-41, 1997.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.

FRAGA, Paulo César Pontes. A geopolítica das drogas na América Latina. **Revista Em Pauta**, n. 19, p. 67-88, 2007.

FRÚGOLI Jr, Heitor. **Centralidade em São Paulo**: trajetórias, conflitos e negociações na metrópole. Edusp, 2006.

FRÚGOLI Jr, Heitor; SPAGGIARI, Enrico. Da cracolândia aos nóias: percursos etnográficos no bairro da Luz. **Ponto. Urbe-Revista do Núcleo de Antropologia Urbana da USP**, v. 4, n. 6, 2010.

GALANTE, Araceli et al. Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. **Revista Escenarios**, v. 14, p. 113-121, 2009.

GARCIA, Leon. Moradia e Trabalho Como Estratégias de Redução de Danos e Reabilitação Psicossocial. In: **Redução de Danos: Conceitos e Práticas** - Material comemorativo aos 30 anos de Redução de Danos no Brasil. UNIFESP/ UNIVESP, 2019.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. **A política antidrogas brasileira**: velhos dilemas. Psicologia e Sociedade, v. 20, n. 2, p. 257-266, 2008.

GARCIA, Marina. O uso problemático de crack e a classe média. In: SOUZA, J. **Crack e exclusão social**, p. 103-118, 2016.

GERSCHAMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2004.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade. Tradução: Mathias Lambert, v. 4, 1978.

GOMES, Bruno Ramos; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Tornar-se "noia": trajetória e sofrimento social nos "usos de crack" no centro de São Paulo. **Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia**, v. 15, n. 3), p. 569-586, 2011.

GOMES, Fernando Bertani. Escalas da necropolítica: a produção do outro e a territorialização da violência homicida no Brasil. **Geografia Ensino & Pesquisa**, v. 21, n. 2, p. 46-60, 2017.

GRANGEIRO, Alexandre. O perfil socioeconômico dos casos de AIDS da cidade de São Paulo. In: PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J.S. (eds.) **A AIDS no Brasil: 1982-1992**. 1994. p. 91-125.

GRANJA, Edna et al. O (não) lugar do homem jovem nas políticas de saúde sobre drogas no Brasil: aproximações genealógicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3447-3455, 2015.

HANCOCK, Ange-Marie. Intersectionality as a normative and empirical paradigm. **Politics & Gender**, v. 3, n. 2, p. 248-254, 2007.

HENNING, Carlos Eduardo. Interseccionalidade e pensamento feminista: as contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 20, n. 2, p. 97-128, 2015.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo social**, v. 26, n. 1, p. 61-73, 2014.

INFOPEN. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias,"** Brasil, Ministério da Justiça, 2017, acesso em 19 de novembro de 2018, http://dados. mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacionalde-informacoes-penitenciarias.

JESUS, MGM de et al. Prisão Provisória e Lei de Drogas: um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo. **São Paulo: Núcleo de Estudo da Violência da USP. E-book**, 2011.

JOHNSTONE, Megan-Jane. Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. **Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing**, v. 10, n. 4, p. 200-209, 2001.

JUNQUEIRA, Virginia. **Saúde na cidade de São Paulo** (1989-2000). 2ª edição revisada. São Paulo, Pólis/PUC – SP, 2002.

KARAM, Maria Lucia. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (orgs.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**, p. 105-120, 2008.

KERGOAT, Danièle. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. **Novos estudos CEBRAP**, n. 86, p. 93-103, 2010.

KNAPP, Gudrun-Axeli. Race, class, gender: Reclaiming baggage in fast travelling theories. **European Journal of Women's Studies**, v. 12, n. 3, p. 249-265, 2005.

LARROSA, Jorge Bondia. Notas sobre a experiência eo saber de experiência. **Revista brasileira de educação**, n. 19, p. 20-28, 2002.

LIMA R. S., BUENO S. 11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. **São Paulo: Fórum Brasileiro de Seguranca Publica**, 2017.

LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. **Revista Estudos Feministas**, v. 22, n. 3, p. 935-952, 2014.

LUGONES, María. Subjetividad esclava, colonialidad de género, marginalidad y opresiones múltiples. **Pensando los feminismos en Bolivia**, p. 129-140, 2012.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas** [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.

MACRAE, Edward. A excessiva simplificação da questão das drogas nas abordagens legislativas. **Ribeiro MM, Seibel SD, organizadores. Drogas: hegemonia do cinismo. São Paulo: Memorial**, p. 327-334, 1997.

MACRAE, Edward. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre o consumo**, p. 27-48, 2004.

MAGALHÃES, Taís. Campos de disputa e gestão do espaço urbano: a Operação Sufoco na "cracolândia" paulistana. **Ponto Urbe. Revista do núcleo de antropologia urbana da USP**, n. 21, 2017.

MALDONADO-TORRES, Nelson. "Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto". In: CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSFOGUEL, Ramon (coords.) **El giro decolonial: reflexiones para uma diversidad epistêmica más allá del capitalismo global**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos, Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar: 2007.

MANN, Susan Archer; HUFFMAN, Douglas J. The decentering of second wave feminism and the rise of the third wave. **Science & society**, v. 69, n. 1: Special issue, p. 56-91, 2005.

MARINO, A. **Cartografia-denúncia: a relação entre a violência e os projetos urbanos na "cracolândia" paulistana**. In: PUPO J. L., MARIANA, T. K., CALIL, T.G. Cuidado na rua: ações de redução de danos em contexto de uso de drogas no centro da cidade de São Paulo. São Paulo: Centro de Convivência É de Lei, 2018.

MARLATT, G. Alan; LARIMER, Mary E.; WITKIEWITZ, Katie (Ed.). **Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors**. Guilford Press, 2011.

MARQUES, F.; DONEDA, D. **A política brasileira de Redução de Danos**. In F. I. BASTOS (Org.), Troca de seringa: drogas e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, pp. 137-152, 1998

MARQUES, Teresa Cristina N. **A Cerveja e a Cidade do Rio de Janeiro:** de 1888 ao início dos anos 1930. Brasília: EdUNB, 2014.

MARTINS, H. V . **Corpo negro, corpo degenerado? o modelo médico-psiquiátrico e a produção da diferença**. In: XII Encontro Regional de História - ANPUH-Rio, 2006, Niterói. Anais do XII Encontro Regional de História - ANPUH-Rio. Rio de Janeiro, 2006. v. 1.

MARTINS, João; MACRAE, Edward. Por um olhar sociocultural sobre a questão das drogas. In: NERY FILHO, A; VALÉRIO, A. L. R. **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua**, p. 17, 2010.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. Arte & Ensaios, n. 32. 2017.

MCCALL, Leslie. The complexity of intersectionality. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**. 2005.

MEDEIROS, P. F. P. Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e atuação em rede. In: VALOIS-SANTOS, N. T.; ALMEIDA, R. B. F; OLIVEIRA, E. M. (Org.). **Apostila do Curso de Atualização para Qualificação da Rede de Atenção Integral a Pessoas que Fazem Uso de Drogas**. Recife: Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz; Rio de Janeiro: Programa Institucional de Apoio a Pesquisas e Políticas Públicas sobre Álcool, Crack e Outras Drogas, Fiocruz, 2017. cap. 5, p. 127-143.

MEDINA, M. G., NERY FILHO, A., FLACH, P. M. V. **Políticas de Prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas**. In: PAIM J., ALMEIDA-FILHO N. *Saúde Coletiva:* teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 479-500.

MELLO, Luiz; GONÇALVES, Eliane. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. **Revista Cronos**, v. 11, n. 2, 2010.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. **Salud colectiva**, v. 8, p. 9-24, 2012.

MERHY, Emerson Elias et al. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. In. MERHY, EMERSON ELIAS. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, p. 103-20, 1998.

MESQUITA, Fábio. **Aids e drogas injetáveis**. In A. Lancetti (Org.), SaúdeLoucura 3 (pp. 46-53). São Paulo: Ed. Hucitec, 1991.

METAAL, P; YOUNGERS, C. (eds.) **Sistemas sobrecargados. Leyes de drogas y cárceles en América Latina**. Ámsterdam/Washington: Washington Office on Latin America; 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 2 edição. **São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco**, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. **Salud colectiva**, v. 13, p. 561-575, 2017.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Levantamento nacional de informações penitenciárias** Infopen: junho de 2014. 2015.

MORAES, Maristela, MONTENEGRO, Marisela, MEDRADO, Benedito; ROMANI, O. Los retos de la redución de daños como política pública de drogas en Brasil. **Psicologia em pesquisa (UFJF)**, v.9, p. 148-158, 2015.

MORAES, Maristela. Gênero e usos de drogas: porque é importante articular esses temas. **MORAES, M., CASTRO, R.; PETUCO, D. Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral a saúde. Pernambuco: Instituto PAPAI/Gema/UFPE**, p. 15-20, 2010.

MOTA, André. **Tempos cruzados: raízes históricas da Saúde Coletiva no estado de São Paulo –1920-1980.** São Paulo, 2017. Tese (livre-docência) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. Institucionalização da saúde pública paulista nos anos 1930-1940. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 839-845, 2013.

MOUTINHO, Laura. Diferenças e desigualdades negociadas: raça, sexualidade e gênero em produções. **cadernos pagu**, v. 42, p. 201-248, 2014.

MPF. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Estado de São Paulo. **Ação Civil Pública**: Proposta de solução extrajudicial por meio de assinatura de compromisso de ajustamento de conduta com a União Federal, estado de São Paulo, município de São Paulo. São Paulo; 2008.

MPSP. Ministério Público do Estado de São Paulo. **Ação Civil Pública contra o Governo do Estado de São Paulo**. São Paulo: 2012.

MUSUMECI, Bárbara. **O consumo de álcool no país**. In: ZALUAR A (org). Drogas e cidadania. São Paulo: Brasiliense, 1994.

NASSER, Marina Mattar Soukef. Entre a ameaça e a proteção: categorias, práticas e efeitos de uma política de inclusão na Cracolândia de São Paulo. **Horizontes Antropológicos**, n. 50, p. 243-270, 2018.

NOY, Chaim. Sampling knowledge: The hermeneutics of snowball sampling in qualitative research. **International Journal of social research methodology**, v. 11, n. 4, p. 327-344, 2008.

O'NEILL, K. L. Sobre liberación: crack, cristiandad y cautividad en la Ciudad de Guatemala después de la guerra. **Soc Text**. n.32, v.3, 2015.

OLIEVENSTEIN, Claude et al. A clínica do toxicômano: a falta da falta. **Porto Alegre: Artes**, 1990.

OLIVEIRA, N., RIBEIRO, E. "**O massacre negro brasileiro na guerra às drogas**", SUR 28 (2018), acesso 29 Out. 2019, Disponível em: <https://sur.conectas.org/o-massacre-negro-brasileiro-na-guerra-as-drogas/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia***:* a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicol. Soc**., Florianópolis , v. 23, n. 1, p. 154-162, Apr. 2011

PERNAMBUCO FILHO, Pedro; BOTELHO, Adauto. **Vícios sociaes elegantes: estudo clínico, médico-legal e prophylactico**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1924.

PETUCO, D. R. S. O Pomo da Discórdia? **A constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam**

álcool e outras drogas no Brasil. (Tese de Doutorado. Ph. D. Thesis). Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), 2016.

PETUCO, D. R. S. **Redução de Danos**: das técnicas à ética do cuidado. In: RAMMINGER, T., SILVA, M. (ed.). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. 1st ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 133–48.

PETUCO, Dênis. **Entre Imagens e Palavras: O discurso de uma campanha de prevenção ao crack. 2011.** 140f. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação)–Centro de Ciências Humanas, Letras e Humanidades, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

PIMENTEL, Silvia; SCHRITZMEYER, Ana Lucia Pastore; PANDJIARJIAN, Valéria. Estupro: direitos humanos, gênero e justiça. **Revista USP**, n. 37, p. 58-69, 1998.

PINTO, Nicanor RS; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; SPEDO, Sandra Maria. Política de saúde e gestão no processo de (re) construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 927-938, 2009.

PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e cultura**, v. 11, n. 2, p. 263-274, 2008.

PRINS, Baukje. Narrative accounts of origins: A blind spot in the intersectional approach?. **European Journal of Women's Studies**, v. 13, n. 3, p. 277-290, 2006.

QUIJANO, A. **Colonialidad del poder y clasificación social**. In: CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSFOGUEL, Ramon (coords.) El giro decolonial: reflexiones para uma diversidad epistêmica más allá del capitalismo global. Bogotá: Siglo del Hombre, Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos, Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar. 2007. p.93-126

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad y modernidad/racionalidad. **Perú indígena**, v. 13, n. 29, p. 11-20, 1992.

RALÓN, G. **Consecuencias de la guerra contra las drogas.** In: TOUZÉ, G., GOLTZMAN, P, compiladores. América Latina debate sobre drogas: I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil; Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires; 2011. p. 159-170.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, Rossana Carla. **Da pessoa que recai à pessoa que se levanta: a recursividade dos que usam crack.** (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017.

REALE, Diva. **O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade.** 1997. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

REIS, Jose Carlos. **Nouvelle Histoire e o tempo histórico**. Annablume, 2008.

REIS, V. Atucaiados pelo estado: as políticas de segurança pública implementadas nos bairros populares de Salvador e suas representações, 1991–2001. **Diss. de mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador**, 2005.

RIBEIRO Jr, Antônio Carlos. As drogas, os inimigos e a necropolítica. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, n. 238, p. 595-610, 2016.

RIBEIRO, Djamila. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2017.

RIBEIRO, Marcelo et al. Causes of death among crack cocaine users. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, n. 3, p. 196-202, 2006.

RODRIGUES, Thiago. Narcotráfico: um esboço histórico. In: VENÂNCIO, R. P., CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda**, p. 291-310, 2005.

RONZANI, Telmo M.; COSTA, Pedro H. A. **Desafios para a prevenção e tratamento em álcool e outras drogas: quais evidências procuramos?** In: FERNANDEZ et al. (orgs.). Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015. p.155-164

RONZANI, Telmo M.; HIGGINS-BIDDLE, John; FURTADO, Erikson F. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. **Social science & medicine**, v. 69, n. 7, p. 1080-1084, 2009.

ROSA, P. O. Drogas e biopolítica: uma genealogia da redução de danos. 2012. 373 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

ROTELLI F, Leonardis O, MAURI D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI F, Leonardis O, MAURI D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001.

RUI, T. **Corpos abjetos**: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. 2012. Tese (Doutorado em Antropologia Social)–Instituto de Filosofi a e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

RUI, Taniele, FIORE, Mauricio, TÓFOLI Luiz F. **Pesquisa preliminar de avaliação do Programa "De Braços Abertos."** Plataforma Bras Política Drog (PBPD)/ Inst Bras Ciências Criminais [Internet]. 2016; Available from: http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Pesquisa-De-Braços-Abertos-1-2.pdf

RUI, Taniele. Depois da "Operação Sufoco": sobre espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na "cracolândia" paulistana. **Rev Semest do Dep e do Programa Pós-Graduação em Sociol da UFSCar**. 2013;3(2):287.

SANTOS, Abrahão Oliveira. (2017). Saúde mental da população negra: Uma perspectiva não institucional. **Revista da ABPN**, *10*(24), 241-259.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Se Deus fosse um ativista dos direitos humanos**. São Paulo: Cortez, 2013.

SANTOS, CAS. **Ó Pa Í, Prezada! Racismo e Sexismo Intitucionais tomando bonde no Conjunto Penal Feminino de Salvador – Salvador**, 2014. 200 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2014.

SANTOS, MPG. **Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil**. In: Santos, MPG. Comunidades terapêuticas: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p.17-36.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. **Coordenação da Atenção Básica. Ação Integrada Centro Legal**. São Paulo: SMS; s.d. 2 pg. Disponível em https://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sms-2865.

SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. **Boletim ISA - Capital 2008, nº 5, 2011**: Transtornos Mentais Comuns. Tabagismo. Consumo de Bebida Alcoólica. São Paulo: CEInfo, 2011, 64 p.

SÃO PAULO, 2013B. Conferencia

SÃO PAULO. Câmara Municipal. Sistema de Apoio ao Processo Legislativo. **Projeto de Lei 0075/2001**. São Paulo: 2001.

SÃO PAULO. **Decreto n° 55.067, de 28 de abril de 2014**. Regulamenta o Programa De Braços Abertos e altera o Decreto nº 44.484, de 10 de março de 2004, que regulamenta o Programa Operação Trabalho

SÃO PAULO. **Decreto nº 45.870, de 5 de maio de 2005**. Regulamenta a Lei nº 13.722, de 9 de janeiro de 2004, que institui o Programa de Prevenção e Assistência Integral a Dependentes Químicos no Município de São Paulo.

SÃO PAULO. Decreto nº 58.760, de 20 de maio de 2019. **Regulamenta a Lei nº 17.089, de 20 de maio de 2019**, que institui a Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas, na qual se insere o Programa Redenção, bem como organiza o Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica - SIAT no Município de São Paulo.

São Paulo. **Lei n° 13.321, de 6 de fevereiro de 2002**. Institui o Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool, e revoga a lei 10.750/89. (Projeto de Lei nº 75/01, da vereadora Lucila Pizani Gonçalves – PT)

SÃO PAULO. **Lei n° 13.722, de 9 de janeiro de 2004**. Institui o Programa de Prevenção e Assistência Integral a Dependentes Químicos no Município de São Paulo e dá outras providências. (Projeto de Lei nº 387/01, do Vereador William Woo - PSDB)

São Paulo. **Lei nº 17.089, de 20 de maio de 2019**. Institui a Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas, no Município de São Paulo. (Projeto de Lei nº 271/18. Executivo – Bruno Covas).

SÃO PAULO. **Portaria PREF nº 332/2013 de 01/11/2013**. Disponível em: http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-gabinete-do-prefeito-332-de-1-de-novembro-de-2013

SÃO PAULO. Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania. **Cadernos de Colegiados**. Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas e Álcool. Instituto Paulo Freire: 2015.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Promoção da Igualdade Racial. **Igualdade Racial em São Paulo: Avanços e Desafios**. 2014b.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. SMS/Associação Palas Athena, São Paulo: 2002b. 144 p.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica**. Instrumento normativo para monitoramento técnico, administrativo e financeiro dos serviços de saúde mental no Município de São Paulo**. 2012.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Documento da Rede de Atenção Psicossocial elaborado pelo Grupo Condutor Regional de Saúde Mental para apreciação e homologação do Colegiado de Gestão Regional da RAAS 06**. 2013

SEFFNER, Fernando. Identidade de gênero, orientação sexual e vulnerabilidade social: pensando algumas situações brasileiras. In: VENTURI, G.; BOKANY, V**. Diversidade sexual e homofobia no Brasil. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo**, p. 39-50, 2011.

SEIBEL, Sérgio. & TOSCANO Jr, A. Dependência de Drogas. São Paulo: Atheneu. 2001.

SILVA, E. Políticas públicas sobre drogas no Brasil: aspectos históricos e contextuais. In: Figueiredo R, Feffermann M, Adorno R. **Drogas e Sociedade Contemporânea**: perspectivas para além do proibicionismo. São Paulo, Instituto de saúde, 2017. p 239-262.

SILVA, FFL**. O que não cabe nas ruas de uma cidade**. Entre narrativas maiores e resistências brincantes. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal Fluminense, 2014.

SILVA, Maria de Lourdes. **Drogas:** Da medicina à repressão policial: a cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945. Tese. (PPG - História/UERJ), 2009.

SILVA, Selma Lima da. **Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack**. 2000. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SILVEIRA, Jucimeri Isolda. Sistema Único de Assistência Social: institucionalidade e práticas. **SUAS: Sistema Único de Assistência Social em debate. São Paulo: Veras Editora**, 2007.

SILVEIRA, Maria Lúcia da. Políticas públicas de gênero: impasses e desafios para fortalecer a agenda política na perspectiva da igualdade. **Políticas públicas e igualdade de gênero. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher**, p. 65-76, 2004.

SILVERMAN, David. **Interpretação de dados qualitativos**: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Bookman Editora, 2009.

SIMÕES, J. A. **Prefácio**. In.: LABATE, Beatriz Caiuby et al. Drogas e cultura: novas perspectivas. 2008.

SOUZA J. A doença da humilhação. In: SOUZA J (org.). **Crack e exclusão social**. Brasília : Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias** [online]. 2006, n.16, pp.20-45.

SOUZA, Herbert Jose. **Como se faz análise de conjuntura**. Vozes, 2014.

SOUZA, Jessé et al. **A ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: editora UFMG, 2009.

SOUZA, Letícia Canonico et al. A questão das drogas em perspectiva: uma entrevista com Taniele Rui (UNICAMP), Maurício Fiore (UNICAMP), Heitor Frúgoli Jr.(USP) e Bruno Ramos Gomes (Coordenador da ONG "É de lei"). **Áskesis**, v. 3, n. 1, p. 250, 2014.

SPOSATI, Aldaiza. Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social. **Serviço Social e Sociedade**, v. 77, 2004.

TEIXEIRA, Mirna Barros; LACERDA, Alda; RIBEIRO, José Mendes. Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o Programa "De Braços Abertos" de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, p. e280306, 2018.

THEÓPHILO, Carlos Renato; MARTINS, Gilberto de Andrade. Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. **São Paulo: Atlas**, v. 2, n. 104-119, p. 25, 2009.

TOMA, TS; BARRETO, Jorge OM. Editorial. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS. Políticas de Saúde Informadas por Evidências**. Volume 17 – No 1 – Junho 2016. p.3-5

TORCATO, C. E. M. **A repressão aos "entorpecentes" em Porto Alegre no governo de Getúlio Vargas: discurso médico e prática forense**. Anais do II Simpósio Nacional História do crime, Polícia e Justiça Criminal. Uberlândia: 2012.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

TSEMBERIS, Sam. **Housing first**: the pathways model to end homelessness for people with mental illness and addictions. Center City, MN: Hazelden; 2015.

TSEMBERIS, Sam; GULCUR, Leyla; NAKAE, Maria. Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. **American journal of public health**, v. 94, n. 4, p. 651-656, 2004.

TURAN, Janet M. et al. Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. **BMC medicine**, v. 17, n. 1, p. 7, 2019.

UNICEF. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH)(2006). **Compilación de Observaciones Finales del Comité de los Dérechos del Niño sobre países de América Latina y el Caribe (1993-2006)**, 2006.

UNITED NATIONS. INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAMME (VIENNA). **Investing in drug abuse treatment: A discussion paper for policy makers**. UN, 2003.

UNODC. United Nations Office on drugs and crime. **Da coerção à coesão**: Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição. Documento para discussão com base em uma oficina técnica. UNODC: Viena; 2009.

UNODC. United Nations Office on drugs and crime. **People at the centre**: UNODC support for UNGASS 2016 on the world drug problem. United Nations Office: Vienna; 2018.

VELHO, G. **Drogas, Níveis de Realidade e Diversidade Cultural**. In: RIBEIRO, M. M., SEIBEL, S. D. (Orgs.). Drogas: hegemonia do cinismo. São Paulo: Ed. Memorial, 1997.

VELHO, Gilberto; ACSELRAD, Gilberta**. Dimensão cultural e política do mundo das drogas**. In: INEM C. L, ACSELRAD, G (orgs.). Drogas: uma visão contemporânea. Imago, 1993. p. 274-279.

VENTURI, Gustavo. Consumo de drogas, opinião pública e moralidade: motivações e argumentos baseados em uso. **Tempo Social**, v. 29, n. 2, p. 159-185, 2017.

VIDAL, Sérgio. **A regulamentação do porte, cultivo e distribuição não–comercial de cannabis sativa: um paradigma legal de redução de danos**. In. NERY FILHO, A. et al. Toxicomanias: Incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2009.

VIDAL, Sérgio. Da diamba à maconha: usos e abusos da Cannabis sativa e da sua proibição no Brasil. **Boletim Virtual Drogas e Violência no Campo**, 2008.

VIGOYA, Mara Viveros. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. **Debate feminista**, v. 52, p. 1-17, 2016.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da violência: os jovens da América Latina. **São Paulo, Brasília: Instituto Sangari, Ministério da Justiça**, 2008.

WALSH, Catherine. Las geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder. Entrevista a Walter Mignolo. **Polis. Revista Latinoamericana**, n. 4, 2003.

WEINTRAUB, Ana Cecília Andrade de Moraes, VASCONCELLOS Maria da Penha Costa. Contribuições do pensamento de Didier Fassin para uma análise crítica das políticas de saúde dirigidas a populações vulneráveis. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [Internet]. 2013 Sep; 20(3): 1041-1055.

WERB, Dan et al. Effect of drug law enforcement on drug market violence: A systematic review. **International Journal of Drug Policy**, v. 22, n. 2, p. 87-94, 2011.

WOODHALL-MELNIK, Julia R.; DUNN, James R. A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs. **Housing Studies**, v. 31, n. 3, p. 287-304, 2016.

YAZBEK, María Carmelita. **Assistência social na cidade de São Paulo**: a (difícil) construção do direito. Instituto Polis, 2004.

YUVAL-DAVIS, Nira. Intersectionality and feminist politics. **European journal of women's studies**, v. 13, n. 3, p. 193-209, 2006.

ZAFIROPOULOS M, PINELL P. **Drogas, Desclassificação e Estratégias de Desqualificação**. In: PINELL P. Análise sociológica das políticas de saúde. 1st ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 143–76.

ZAMBONI, Marcio. Marcadores sociais da diferença. Sociologia: grandes temas do conhecimento (Especial Desigualdades), São Paulo, v. 1, p. 14-18, 2014.

ANEXOS

ANEXO A: PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

USP - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICAS VOLTADAS AO USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO/SP: INTERSECCIONALIDADE DE RAÇA, GÊNERO E CLASSE SOCIAL

Pesquisador: marcia thereza couto falcão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67331417.3.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.056.573

Apresentação do Projeto:

Projeto adequadamente apresentado, escrito de forma clara.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar, a partir de uma perspectiva socio-histórica, e com atenção para a interseccionalidade dos marcadores sociais da diferença (raça-cor, gênero e classe social), e apoiado no referencial da vulnerabilidade, processos de formulação e gestão de políticas de saúde voltados à atenção de sujeitos com necessidades decorrentes do prejudicial de álcool no município de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos, informação adequadamente inserida no projeto e no TCLE

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto bem escrito, claro, que utiliza abordagem qualitativa e se espera contribuirá para a compreensão da forma como as discussões sobre marcadores sociais da diferença ganham visibilidade no processo de formulação de políticas públicas. O projeto tem objetivos claros, foi adequadamente fundamentado e justificado, usando-se referências atualizadas e apropriadas ao objeto de estudo. A metodologia, de carácter qualitativo, foi adequadamente descrita.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE bem escrito, com informação adequada.

Recomendações:

Projeto apresentado adequadamente. Não tenho outros comentários.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e sem inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_890875.pdf	20/04/2017 09:31:27		Aceito
Outros	Parecer.pdf	20/04/2017 09:29:07	ANA LUCIA MARINHO MARQUES	Aceito
Outros	DocCepFmusp.pdf	20/04/2017 09:28:29	ANA LUCIA MARINHO MARQUES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/04/2017 09:27:55	ANA LUCIA MARINHO MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/03/2017 14:44:22	marcia thereza couto falcão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCEPFinal.pdf	28/03/2017 14:37:07	marcia thereza couto falcão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 10 de Maio de 2017

Assinado por:
Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

APÊNDICES

APÊNDICE A: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

A – Apresentação do participante:

- Fale sobre o histórico de seu envolvimento com a área de atenção a pessoas que usam drogas?

B – Considerações sobre as políticas e ações da perspectiva histórica

– Fale um pouco do que você sabe ou lembra do histórico de formulação e implementação das políticas relacionadas à questão do uso do álcool e outras drogas em São Paulo, a partir dos anos 2000
– Como percebe mudanças e permanências nas formulações de políticas dirigidas ao cuidado de pessoas que usam drogas no município de São Paulo/SP?
(explorar as dimensões históricas a partir da própria atuação dos entrevistados no campo destas políticas e na sua execução; explorar como o campo do cuidado vai se abrindo para esta problemática social)

C – Atuação na formulação das políticas e ações e considerações

- Qual a sua opinião sobre a política do município nesse campo de atenção?
- O que você considera que sejam os principais desafios para a implementação dessa política?
- Como você observa as "diferenças" entre os grupos populacionais tanto ao nível da proposição política, quanto das ações que são implantadas?
(Explorar se o/a entrevistado/a aponta a maior ênfase em um marcador da diferença e estimular que fale como percebe tais ênfases)

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: .:.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : .....
SEXO : .M □ F □ DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
ENDEREÇO ..... Nº .....
APTO: ..... BAIRRO: .....
CIDADE ..... CEP:..... TELEFONE:
DDD (.....) ..... 2. RESPONSÁVEL LEGAL .....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M □ F □ DATA NASCIMENTO.:...../...../.....
ENDEREÇO: ..... Nº .....
APTO: ..... BAIRRO: .....
CIDADE: ..... CEP: .....
TELEFONE: DDD (.....) .....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: POLÍTICAS VOLTADAS AO USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO/SP: INTERSECCIONALIDADE DE RAÇA, GÊNERO E CLASSE SOCIAL

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marcia Thereza Couto Falcão
CARGO/FUNÇÃO: Professora Associada Dep. Medicina Preventiva . INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: Não possui
UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Medicina Preventiva- FMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO □ RISCO BAIXO □ RISCO MAIOR □

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que se trata da tese de doutoramento de Ana Lucia Marinho Marques, supervisionado pela

pesquisadora responsável, professora Marcia Thereza Couto Falcão, cujo objetivo principal é analisar, a partir de uma perspectiva sociohistórica, com atenção para os marcadores sociais da diferença (raça-cor, gênero e classe social), e apoiado no referencial da vulnerabilidade, processos de formulação e gestão de políticas de saúde voltados à atenção de sujeitos com necessidades decorrentes do prejudicial de álcool no município de São Paulo. Você está sendo convidado/a para participar desta pesquisa, por meio de uma entrevista, que será realizada de acordo com sua disponibilidade. A entrevista será gravada e transcrita para registro das informações. Seu conteúdo será utilizado apenas para esta pesquisa, para a produção de trabalhos científicos decorrentes e possivelmente será armazenado em repositório de acesso público. Caso deseje, você terá acesso à transcrição da entrevista e poderá fazer alterações ou retirar trechos que não queira tornar públicos. Essa participação é voluntária, não propiciará nenhuma compensação financeira, nem benefício direto. Também não acarretará despesa, nem riscos físicos, econômicos ou sociais. Cada participante terá a garantia sobre o sigilo, privacidade e confidencialidade do conteúdo expresso. Caso sinta algum incômodo ou constrangimento, isso será respeitado. A qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo. Fique à vontade para fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante nossa conversa. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso às pesquisadoras responsável e executante, respectivamente, Marcia Thereza Couto Falcão e Ana Lucia Marinho Marques para esclarecimento de eventuais dúvidas. As pesquisadoras citadas poderão ser encontradas na Av. Dr. Arnaldo 455 2 andar, sala 2177 e nos telefones, 30918434, 30618692 ou nos e-mails marthet@usp.br e anamarques32@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – localizado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo "Octávio Frias de Oliveira" - 21º andar – sala 36 - Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP – CEP 01246-000 - Email: cep.fmusp@hcnetusp.br

---

CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "POLÍTICAS VOLTADAS AO USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO/SP: INTERSECCIONALIDADE DE RAÇA, GÊNERO E CLASSE SOCIAL" Eu discuti com Ana Lucia Marinho Marques, pesquisadora executante da presente pesquisa, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Minhas dúvidas foram devidamente respondidas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Assinatura Data / /

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data / /