**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SILVIA MOREIRA DA SILVA

**A UNIDADE DE REDUÇÃO DE DANOS DO MUNICÍPIO DE
SANTO ANDRÉ: UMA AVALIAÇÃO**

**SÃO PAULO
2008**

SILVIA MOREIRA DA SILVA

**A UNIDADE DE REDUÇÃO DE DANOS DO MUNICÍPIO DE
SANTO ANDRÉ: UMA AVALIAÇÃO**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do Título de Mestre
em Enfermagem.

Área de Concentração:

Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora:

Prof^ª. Dr^ª. Cássia Baldini Soares

**SÃO PAULO
2008**

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Silvia Moreira da.

A Unidade de Redução de Danos do município de Santo André: Uma Avaliação / Silvia Moreira da Silva. – São Paulo, 2008.

206p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Cássia Baldini Soares.

1. Drogas de abuso (prevenção e controle) 2. Serviços de saúde (avaliação) 3. Política de saúde (Santo André, SP). 4. Problemas sociais. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Silvia Moreira da Silva

Título: A Unidade de Redução de Danos do município de Santo André: Uma Avaliação

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*A meu amado pai, “In memoriam”, sempre
presente em minha vida que acreditou em
mim e nos meus sonhos.*

Agradecimentos

A Deus que me fortaleceu para caminhar nesta estrada do conhecimento.

A minha mãe, meus irmãos e família, pelo apoio que sempre me deram e o incentivo para seguir sem olhar para trás para desistir.

À Professora Dr^a Cássia Baldini Soares, minha orientadora que me propiciou a oportunidade de partilhar conhecimentos e pelo braço forte em todos os momentos. Pela simplicidade com que passa seu grande conhecimento.

Aos sujeitos desta pesquisa, que permitiram que entrássemos em suas vidas e partilhássemos de suas histórias.

À professora Célia, pelas horas dedicadas para que refletíssemos sobre a pesquisa.

Aos queridos redutores de danos e à supervisora de campo da URD, que caminharam lado a lado comigo na construção deste projeto.

Ao Coordenador de Saúde Mental de Santo André, Décio, pela confiança, compreensão, respeito e apoio incondicional.

À Ana Lúcia Spiassi e Gislaine Ribas, pelas horas que estudamos juntas.

Ao Serviço de Pós-Graduação e Secretaria do Departamento Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem.

À Prefeitura Municipal de Santo André, pelo apoio e por acreditar em meu trabalho.

À Saúde Mental de Santo André, ao Programa Municipal DST/AIDS e ao Núcleo de Prevenção DST/AIDS, a Unidade de Saúde Vila Guiomar, a OS de Volta para Casa, à ONG. Saúde e Cidadania.

À equipe do NAPS'AD e Wilson, Silvio e Geraldo companheiros de luta pela URD.

Ao Serviço Social do Hospital Ipiranga pelos apoios.

A meus amigos que não me deixaram um só momento e deram-me forças para continuar neste projeto de mestrado.

A Carla, Melina, Mariana, Luíza, Kleber, Luana, Érica, Cristiane, Bia, Eugênia, Gisela, Alva, Vilmar pelo carinho.

Traduzir-se

*Uma parte de mim
é todo mundo:
outra parte é ninguém:
fundo sem fundo.*

*uma parte de mim
é multidão:
outra parte estranheza
e solidão.*

*Uma parte de mim
pesa, pondera:
outra parte
delira.*

*Uma parte de mim
é permanente:
outra parte
se sabe de repente.*

*Uma parte de mim
é só vertigem:
outra parte,
linguagem.*

*Traduzir-se uma parte
na outra parte
-que é uma questão
de vida ou morte-
será arte?*

Ferreira Gullar

Silva SM. A Unidade de Redução de Danos do município de Santo André: Uma Avaliação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

O objeto deste estudo é a Unidade de Redução de Danos (URD) da Secretaria Municipal de Saúde de Santo André, compreendida como instrumento do trabalho em saúde, que tem por finalidade transformar a situação de saúde de sujeitos, que fazem parte de um grupo social marginalizado; são indivíduos que circulam ou trabalham nas ruas - usuários de drogas, michês, mulheres profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, adolescentes em situação de exploração sexual, transexuais, travestis, lésbicas e mulheres que trabalham em casas de programas. O objetivo geral foi: avaliar a URD sob a ótica dos sujeitos que são alcançados pelo programa. Partindo da compreensão de que a “questão social” tomou na contemporaneidade novas feições, advindas do processo de reestruturação produtiva, que em maior ou menor grau repercutem na vida dos sujeitos alcançados pelo programa, e partindo do pressuposto de que a URD vai além da distribuição de insumos e orientações para prevenir doenças transmissíveis, procurando assegurar aos indivíduos o direito à saúde e apoiar o acesso a outros direitos sociais, esta pesquisa buscou compreender a situação familiar, de trabalho e de vida dos usuários, verificar como eles avaliam o programa e analisar as repercussões do trabalho da URD em suas vidas. Trata-se de uma pesquisa estratégica de natureza avaliativa que utilizou um método qualitativo para apreensão do objeto. Foram realizadas 19 entrevistas semi-estruturadas com usuários dos diferentes segmentos atendidos pelo programa. Os entrevistados mostraram que: encontram-se em composições familiares muito diversas; trabalhar nas ruas é consequência de uma trajetória marginal e da impossibilidade de acessar outros tipos de trabalho; almejam uma vida melhor. Como potencialidades da URD foram apontadas: melhora do cuidado com a saúde e do uso de preservativos; diminuição do consumo de drogas; melhora da procura e do acesso a serviços de saúde; diminuição do compartilhamento de material para uso de drogas; melhora da capacidade de decisão; a URD foi considerada um espaço humanizado, que dispõe de um trabalho regular e contínuo, o que dá aos usuários uma sensação de segurança e de proteção; a ação da URD perpassou a prevenção de danos à saúde, promovendo transformações mais amplas como a consciência de direitos sociais em geral e de saúde em particular, bem como ações no sentido de fazer valer esses direitos; os usuários sentem-se mais fortalecidos para a vida, procurando estudo, trabalho e moradia. Entre as fragilidades da URD estavam: presença inconstante e demora do programa em retornar em alguns dos campos; falta de profissionais de psicologia para acompanhamento dos usuários. Os serviços de saúde do município foram bastante criticados, sendo relatados vários episódios de preconceito e até mesmo de negligência na atenção à saúde. Sugeriu-se: expandir e divulgar o trabalho desenvolvido, agregando ações de RD nas unidades básicas de saúde; apoiar a implementação de associações para reunir as reivindicações dos que trabalham nas ruas ou nas casas de programas; um local mais adequado para o atendimento, entre outros.

DESCRIPTORIOS: Redução do dano, Drogas de abuso, Avaliação de serviços de saúde, Problemas sociais.

Silva SM. The Harm Reduction Unit of the municipality of Santo André: an evaluation [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

The subject of this study was the Harm Reduction Unit (HRU) of the Municipal Health Department of Santo André, taking it to be a working tool for healthcare that has the purpose of transforming the health situation of individuals forming part of socially marginalized groups. These are individuals who spend their lives or work on the streets: drug users, prostitutes, female sex workers, men who have sex with men, sexually exploited adolescents, transsexuals, transvestites, lesbians and women working in brothels. The general objective was to evaluate the HRU from the viewpoint of individuals that the program reaches. This study started from the understanding that the "social question" has now taken on new features coming from production restructuring processes that, to a greater or lesser degree, impinge on these individuals' lives, and from the presupposition that the HRU goes beyond distributing supplies and guidance for preventing transmissible diseases, through seeking to ensure individuals' rights to health and support their access to other social rights. It sought to understand the users' family, work and life situations, find out how they rated the program and analyze the repercussions of the HRU's work on their lives. This was a strategic study of evaluative nature using a qualitative method to grasp this subject. Nineteen semi-structured interviews were held with users in the different segments attended by the program. The interviewees showed that: they were in a wide variety of family setups; working on the streets was consequential to their marginalized path through life and their impossibility of accessing other types of work; and they craved a better life. The HRU's potential benefits were indicated to be: improved healthcare and condom use; decreased drug use; improved seeking and access to healthcare services; and decreased material sharing for drug use; improved decision-making capacity. The HRU was deemed to be a humanized space performing regular and continuous work that gave users a sense of security and protection. The HRU's actions went beyond prevention of damage to health, through promoting broader transformations such as awareness of social rights in general and health rights in particular, along with actions towards making these rights apply. The users felt strengthened for life and for seeking education, work and housing. Among the weak points of the HRU were: non-constant presence and delay in program response in some of the fields; lack of psychology professionals to follow up users. The municipal health services were greatly criticized, and various episodes of prejudice and even negligence in healthcare attendance were reported. The following suggestions are made: expansion and dissemination of the work developed, adding the HRU's actions to primary healthcare units; support for the implementation of associations to bring together the demands of those who work on the streets or in brothels; and provision of a more suitable place for attendance, among others.

DESCRIPTORS: Harm reduction, Street drugs, Health service evaluation, Social problems.

LISTA DE SIGLAS

CAPS II	- Centro de Atenção Psicossocial.
NAPS-AD	- Núcleo de Atenção Psicossocial.
GLBTT	- Gays, lésbicas, travestis, transexuais, dentre outras populações.
HSH	- Homens que fazem sexo com homens.
ONG ABCDS	- ONG que realiza trabalho voltado aos direitos da população GLBTT em Santo André.
PRD	- Programa de Redução de Danos.
UDI	- Usuário de Droga Injetável.
URD	- Unidade de Redução de Danos.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 A UNIDADE DE REDUÇÃO DE DANOS (URD) DE SANTO ANDRÉ	15
1.2 REDUÇÃO DE DANOS E AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS E SERVIÇOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	21
1.2.1 Resultados referentes ao levantamento realizado no LILACS	22
1.2.2 Resultados referentes ao levantamento realizado no MEDLINE	40
1.2.3 Algumas conclusões sobre a revisão bibliográfica	47
2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS.....	50
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE REDUÇÃO DE DANOS	50
2.2 OS SUJEITOS DA REDUÇÃO DE DANOS.....	52
2.3 A “QUESTÃO SOCIAL”	53
2.4 MARGINALIDADE E EXCLUSÃO: NOVAS MANIFESTAÇÕES DA “QUESTÃO SOCIAL”?.....	57
3 OBJETIVOS	68
3.1 GERAL.....	68
3.2 ESPECÍFICOS	68
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	70
4.1 TIPO DE PESQUISA	70
4.2 CAMPO DE ESTUDO E SUJEITOS DE PESQUISA	71
4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	73
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	74
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	75
5 RESULTADOS E ANÁLISE.....	77
5.1 OS SUJEITOS DE PESQUISA	77
5.2 O QUE DIZEM OS USUÁRIOS DA UNIDADE DE REDUÇÃO DE DANOS (URD) DE SANTO ANDRÉ	90
5.2.1 Família	91
5.2.1.1 Aspectos positivos da família de origem	91
5.2.1.2 Aspectos negativos da família de origem	94
5.2.1.3 Convivência respeitosa com a família atual	97
5.2.2 Trabalho	98
5.2.2.1 Motivos de trabalho: do sustento da família à decepção com a vida.....	98
5.2.2.2 Exploração, perigo e violência no cotidiano de trabalho.....	101
5.2.2.3 Perspectiva de futuro.....	105
5.2.2.4 Um pouco de satisfação	106
5.2.2.5 Legalização?	107
5.2.3 Vida	107
5.2.3.1 Preconceito e marginalização	107
5.2.3.2 Angústia e depressão.....	112
5.2.4 Avaliação da unidade de redução de danos (URD)	114
5.2.4.1 Integração com os serviços de saúde do município	115
5.2.4.2 Potencialidades e limitações da Unidade de Redução de Danos (URD)	128
5.2.4.3 Para além dos insumos: em direção a outros direitos humanos	139
5.2.4.4 Críticas e Sugestões	141
5.2.4.5 Relação com as drogas.....	147
5.2.4.6 Prazer e controle	148
5.2.4.7 Compulsão e sofrimento.....	149
5.2.4.8 Faz parte do programa.....	152
6 DISCUSSÃO	155
6.1 SOBRE AS FAMÍLIAS, O TRABALHO E A VIDA DOS ENTREVISTADOS	155
6.2 SOBRE A AVALIAÇÃO QUE OS ENTREVISTADOS FAZEM DA URD	166
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	177
REFERÊNCIAS	184
GLOSSÁRIO	192
ANEXOS	194

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Iniciei minhas atividades profissionais, em 1989, como assistente social ocasião em que trabalhava no setor privado. Insatisfeita com a atuação nessa área, logo me voltei às comunidades empobrecidas no trabalho de vigilância social e nutricional, quando estava ainda morando em Salvador. Em 1997, passei a residir em São Paulo, quando iniciei atividades com adolescentes usuários de drogas e em conflito com a lei. A partir das experiências anteriores, passei a me interessar por outras populações, como profissionais do sexo, travestis, usuários de drogas, dentre outras. Esse trabalho passou a ser o foco de meus estudos e esforços profissionais em busca de melhor qualificação. Uma pergunta sempre povoava meus pensamentos: como lidar de forma equânime com populações em situação de marginalidade e exclusão social, contribuindo para melhoria de sua condição de vida, tratando-os como sujeitos de sua história, respeitando acima de tudo como cidadão.

A atividade voltada à redução de danos tem me ajudado a pensar em uma prática profissional e social de inclusão e respeito aos indivíduos que são únicos em sua singularidade. Tenho participado efetivamente do projeto de redução de danos, desenvolvido no município de Santo André, desde o início de sua implantação em 2002 até o presente momento. Atualmente, atuo como coordenadora da Unidade de Redução de Danos e busco qualificar este trabalho com a finalidade de contribuir, para que estes sujeitos alcancem respeito, inclusão social, e se fortaleçam para que possam conseguir a tão sonhada cidadania.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é a Unidade de Redução de Danos da Secretaria da Saúde do Município de Santo André, compreendida como instrumento do trabalho em saúde que tem como finalidade transformar a situação de saúde de sujeitos que fazem parte de um grupo social marginalizado, representado por indivíduos que circulam ou trabalham nas ruas - usuários de drogas, michês, profissionais do sexo feminino, homens que fazem sexo com homens, adolescentes em situação de exploração sexual, transexuais, travestis, lésbicas e mulheres que trabalham em casas de programas.

A Constituição Federal do Brasil, Seção III, artigo 196 preconiza que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

A política oficial brasileira, levada a cabo pelo Ministério da Saúde (MS), relativa à Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas preconiza a redução de danos como uma alternativa no campo do uso prejudicial de álcool e outras drogas, reconhecendo que a abstinência não pode ser considerada como única alternativa no que se refere à melhoria da situação de saúde de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. O MS enfatiza ainda que os sujeitos aos quais as práticas se dirigem devem ser percebidos em sua singularidade, sua diferença e terem respeitadas as suas escolhas.

As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (Brasil, 2003, p. 10).

Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. (...) Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa da vida. (...) a redução de danos oferece-se como um

método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros (Brasil, 2003, p. 10).

[redução de danos] ela deve ser operada em inter-ações, promovendo o aumento de superfície de contato, criando ponto de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, adscrevendo a clientela e qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no uso do álcool e outras drogas (Brasil, 2003, p. 11).

Brites (1999, p. 44) assinala que as experiências internacionais de redução de danos têm demonstrado que “a política de redução de danos, ao não restringir suas ações exclusivamente aos usuários que pretendem modificar seu uso de drogas, tem conseguido, ao contrário da proposta restrita do modelo proibicionista, aproximar cada vez mais os usuários de drogas ilícitas da saúde pública”.

A redução de danos foi reeditada no contexto contemporâneo a partir da gravidade da epidemia da AIDS, voltando-se primordialmente para usuários de drogas injetáveis, uma vez que o HIV era também transmitido pelo compartilhamento de material injetável (Soares, 1997).

No Brasil, as ações de redução de danos tiveram origem, em 1989, na cidade de Santos. Nessa ocasião, constatou-se que 60% do total de casos de AIDS notificados estavam entre os usuários de droga injetável. Segundo Gandolfi e Doneda (2006), a decisão de instituir ações de prevenção e de pesquisa, tomando essa população como sujeito, constituiu uma postura governamental em parceria com a sociedade civil. Entretanto, essas ações foram impedidas de serem concretizadas pelo Ministério Público que se posicionava de forma contrária, baseando-se na suposição de que poderiam representar um incentivo ao uso de drogas. Por esse motivo, apenas cinco anos mais tarde foram implementadas oficialmente ações de saúde pública voltadas para usuários de drogas injetáveis.

Contudo, em 1994, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e AIDS, em parceria com UNODC e o Banco Mundial, retoma esta estratégia e, mobiliza especialistas internacionais, iniciando novo debate com profissionais de saúde e operadores do setor judicial (Gandolfi, Doneda, 2006, p.358).

Desenvolver um programa em saúde é, na verdade, um processo complexo

de práticas voltadas para objetivos especificados. Portanto, são considerados programas tanto aquelas propostas voltadas para a realização de um macro objetivo, como implantação de formas de atenção para populações específicas (atenção domiciliar para idosos, vacinação e procedimentos de “screening” para grupos de risco para problemas de saúde determinados, propostas terapêuticas para doenças e doentes priorizados etc.) e que envolvem instituições, serviços e profissionais diversos, como as atividades desenvolvidas em serviços de saúde, que têm por objetivo prestar um determinado tipo de atendimento para uma dada clientela. (...) No Brasil, de um modo geral, apenas os procedimentos da primeira alternativa são considerados programas, mas já se observa também aqui uma maior variabilidade no seu uso, o que faz com que toda avaliação de programa deva se iniciar com uma clara explicitação dos contornos do objeto a ser avaliado: propostas, ações programáticas, atividades gerências, serviços, procedimentos, profissionais etc (Novaes, 2000, p. 552).

1.1 A UNIDADE DE REDUÇÃO DE DANOS (URD) DE SANTO ANDRÉ

A Unidade de Redução de Danos da Secretaria Municipal de Saúde de Santo André, por intermédio do Programa de Saúde Mental e Programa DST/AIDS, desenvolve ações e intervenções que acontecem nas ruas, sob pontes, viadutos, fábricas abandonadas, casas de shows eróticos, enfim nos territórios onde se encontram populações vulneráveis, conforme definição do programa. Essa população necessita de cuidados, mas em geral não tem conseguido acesso e suporte da rede pública sócio-assistencial, educacional, jurídica, habitacional e de segurança, para atendimento de suas demandas e/ou necessidades.

A URD foi implantada em 2002 e teve como tarefa inicial o mapeamento e o diagnóstico dos locais de concentração de adolescentes em situação de exploração sexual e de mulheres profissionais do sexo, usuárias de drogas. O trabalho busca efetivar ações que permitam à população acessar o sistema de saúde; visa melhorar o acesso aos direitos do cidadão, particularmente, ao direito à saúde; procura finalmente diminuir

a vulnerabilidade individual¹, social² e programática³ em relação à transmissão de doenças por via sanguínea e sexual e agravos à saúde (Santo André, 1997, 2004).

O programa desenvolveu-se inicialmente num determinado território e foi ampliado por solicitação de outras populações que realizam programas sexuais nas ruas, como as travestis, transexuais, lésbicas, HSH e homens em locais de “pegação”⁴, mulheres que realizam programas em casas de *shows* eróticos ou nas ruas e usuários de drogas.

Das ações realizadas pela URD destacam-se as de: prevenção de doenças transmissíveis, redução de riscos⁵ e danos⁶ relacionados ao consumo de substâncias psicoativas; incentivo à formação de protagonistas e à organização dos usuários; vinculação do usuário à rede de saúde, incorporação de usuários ao trabalho de redução de danos, incentivo e contribuição à busca da cidadania.

Dentre essas ações, são enfatizadas outras de fundamental importância como: o mapeamento das regiões freqüentadas pelo referido público, a abordagem semanal em campo para orientação, o fornecimento de insumos de prevenção, a constituição de vínculos que favoreçam o respeito e fortaleçam o protagonismo de usuários, o encaminhamento para atendimento e tratamento na rede de saúde, a vacinação (hepatite B, dupla adulto, SCR – sarampo, caxumba e rubéola), a ampliação das ações de redução de danos para caminhoneiros que trabalham em empresas de pequeno porte, que se localizam nas regiões onde as profissionais do sexo freqüentam, orientação para prevenção as DST's, a realização de atividades

---

¹ A URD adota o conceito de vulnerabilidade. A Individual seria caracterizada a partir do comportamento dos sujeitos de acordo com as condições objetivas do meio natural e social e da consciência que estes indivíduos têm sobre tais comportamentos (Mann, Tarantola, (1996).

² Avaliada a partir da estrutura social em que estão inseridos os indivíduos: contexto sócio-econômico, relações de gênero, crença religiosa, entre outros (Mann, Tarantola, (1996).

³ Refere-se a ações institucionais especificamente voltadas para a atenção à saúde: oferta de serviços, insumos, defesa dos direitos humanos etc. (Mann, Tarantola (1996). Este projeto de pesquisa não faz uso destas definições utilizadas pelo Programa de Redução de Danos de Santo André, como base para entender e caracterizar a população aqui referida

⁴ Cinemas onde pessoas do sexo masculino se reúnem para manter relações sexuais com profissionais do sexo abertamente e na presença de todos.

⁵ Conceito epidemiológico derivado da constatação de que diferentes grupos populacionais são suscetíveis a danos à saúde em decorrência de características individuais ou de circunstâncias sociais: os fatores de risco (Drumond, 2006).

⁶ Um dano, o el efecto de dañar, es “causar detrimento, perjuicio, menoscabo dolor o molestia”, implica “maltratar o echar a perder uma cosa” (Breilh, 1995).

culturais, de lazer, preventivas, educativas e de promoção à saúde em eventos públicos, parques e feiras, dentre outras.

As orientações fornecidas aos usuários dizem respeito à prática de sexo seguro, a cuidados básicos com a saúde, à vinculação a projetos sócio-educativos e de reinserção familiar, à redução de danos para álcool e outras drogas, dentre outras. A estratégia central é o trabalho de campo que se desenvolve cotidianamente no território onde se encontra essa população.

Os redutores de danos procuram vincular-se à população referida, apoiando-se no acolhimento, oferecendo alguns insumos e serviços assim como buscando conhecimento da realidade dos sujeitos. Os insumos distribuídos em campo são: preservativos masculinos, gel lubrificante, luvas, kit para usuários de drogas injetáveis (02 seringas e 02 agulhas, soabe (lenço umedecido), água destilada, 02 copinhos para diluição), kit para usuários de *crack* (mel, água de coco, água mineral, chocolate) e folhetos informativos.

O projeto está articulado e integrado com a rede de saúde do município, tendo ainda como parceiros: a Organização Social de Volta Para Casa e a Organização Social Saúde e Cidadania. Visa, também, estabelecer convênios com entidades públicas ou privadas, nacionais e estrangeiras, assim como articulação com o Programa Estadual DST/AIDS pelos Comitês de Redução de Danos e com o Comitê de Diversidade Sexual. Vem buscando vincular-se com o Fórum de Profissionais do Sexo na definição de ações e políticas com populações em situação de maior vulnerabilidade individual, social e programática.

No ano de 2004, o Município de Santo André tinha uma população estimada de 664.263 habitantes (IBGE, 2002). Desse total, 1.776 crianças e jovens de rua foram acessados pelo Projeto Andrezinho Cidadão⁷.

Um olhar inicial nos cadastros de campo desenvolvidos pelo programa aponta que mais de 2.000 usuários já passaram pela Unidade, dos quais quase 85% fazem uso de algum tipo de droga lícita ou ilícita. Desde o

---

⁷ Projeto Andrézinho Cidadão está sendo desenvolvido pela Secretaria de Inclusão Social desde 1997 e está voltado exclusivamente para assistência a crianças e adolescentes em situação de rua. Nos últimos três anos de existência prestou atendimento a 1.776 crianças e jovens de e na rua.

início do programa, esse total distribui-se da seguinte forma: 12 adolescentes em situação de rua e exploração sexual, fazendo uso abusivo de drogas; 300 travestis; 700 profissionais do sexo feminino; 500 usuários de drogas; mulheres profissionais do sexo que trabalham em 23 casas de shows eróticos; 60 trabalhadores sexuais de rua (michês), assim como 80 homens que fazem sexo com homens e 10 lésbicas que freqüentam os parques públicos que funcionam como lazer e local de “pegação”.

No que diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas pelos usuários do programa, sabe-se que as 12 adolescentes que estavam em situação de exploração sexual faziam uso de *crack* e álcool; entre as mulheres acima de 18 anos que também se prostituem, a maioria faz uso de álcool e/ou de tabaco, mas há também as que utilizam cocaína, inclusive sob a forma de *crack*. Já entre as travestis, as substâncias mais consumidas são cocaína e/ou álcool, referidas pela quase totalidade dessa população.

Parte da população cadastrada no programa vivia em condições precárias – sob pontes ou viadutos, em casas e fábricas abandonadas – sem infra-estrutura alguma, nem mesmo de saneamento básico, apresentam frágeis vínculos familiares e sem o suporte da rede pública de serviços sócio-assistenciais.

A Unidade de Redução de Danos tem como objetivos:

- Contribuir para a formação política e social dos usuários da URD, de modo que eles se tornem capazes de intervir sobre sua própria vida e sobre a sociedade onde vivem;
- Divulgar o trabalho desenvolvido pela Unidade de Redução de Danos no município de Santo André e fora dele;
- Contribuir para a prevenção de DST/AIDS, hepatite B e C e outras doenças transmissíveis por via sanguínea e sexual;
- Orientar quanto aos danos que podem advir da aplicação de silicone em bombadeiras;
- Encaminhar os usuários para orientação e tratamento de dependência de substâncias psicoativas quando solicitarem;

- Contribuir para a prevenção de doenças e diminuição de danos e riscos relacionados ao uso e aplicação de silicone entre os travestis;
- Contribuir para o fomento dos princípios de redução de danos nas populações vulneráveis, possibilitando o acesso a práticas que diminuam o risco a que estas populações estão sujeitas;
- Integrar-se ao Programa Municipal DST/AIDS, ao Programa de Saúde da Família, à Vigilância à Saúde, às Unidades de Saúde, e com outros departamentos da Prefeitura;
- Desenvolver ações de redução de danos voltadas ao álcool e outras drogas;
- Realizar ações preventivas de vacinação contra (hepatite B, dupla adulto, SCR – sarampo, caxumba e rubéola); e
- Intermediar o acesso dos usuários da redução de danos com a rede sócio-assistencial.

A URD tem no seu plano de metas: ampliar o número de redutores de danos, implantar uma Unidade Móvel, alugar uma sede, desenvolver oficinas no campo e contratar oficineiros, desenvolver material gráfico informativo sobre redução de danos, constituir Fóruns das Profissionais do Sexo do município, formar para o trabalho e para geração de renda, ampliar as ações de redução de danos para todo o município, implementar Kits para uso mais seguro de *crack* (cachimbo) e cocaína (canudo).

A metodologia utilizada pela redução de danos consiste em busca do usuário que não acessa os serviços públicos e outros equipamentos sociais. No caso da URD, os redutores de danos vão ao território onde a população se encontra e realizam, através do acolhimento, a oferta de serviços sócio-assistenciais, jurídicos, de educação e saúde, de acordo com a demanda apresentada pelo usuário, encaminhando para recursos públicos quando necessário. O programa procura, com base no trabalho de campo e com a distribuição de insumos, estabelecer vínculos e ofertar cuidados.

Os campos acontecem semanalmente à tarde, à noite e durante a madrugada, quando os redutores de danos atuam aos pares em locais como favelas, pontes, viadutos, casas de shows eróticos, ruas e praças, dentre outros.

A URD atua em 30 campos diferentes em todo o município. Metade dos campos foi definida tomando por base o mapeamento da cidade realizado para traçar o diagnóstico sobre as adolescentes em situação de exploração sexual e mulheres que se prostituem e que fazem uso abusivo de drogas. A outra metade foi escolhida após o vínculo estabelecido pelos usuários que informavam os locais onde seria possível abrir novo campo.

O recurso financeiro para a administração da Unidade de Redução de Danos é proveniente da Secretaria da Saúde de Santo André, conforme especifica o Plano de Trabalho Financeiro.

Os dados do quadro abaixo especificam o número e a categoria dos trabalhadores do programa.

Quadro 1 - Trabalhadores da Unidade de Redução de Danos - Santo André-2008.

Recursos Humanos	Total
Redutores de Danos	08
Enfermeiras	01
Auxiliar de Enfermagem	02
Coordenador da URD	01
Assessor de Álcool e Drogas	01
Supervisor de Campo	01
Psicóloga	01

A URD trouxe inovações importantes para o Município de Santo André. Em primeiro lugar, a possibilidade de contato e acesso a populações que se encontram à margem do sistema tradicional de saúde, uma vez que constituem grupos específicos que sofrem forte preconceito, estigma social e encontram-se em situação de vulnerabilidade, como é o caso das adolescentes em situação de exploração sexual, das travestis, michês, HSH,

das profissionais do sexo feminino e usuários de drogas ilícitas. Outra inovação importante diz respeito à metodologia de abordagem no próprio território freqüentado (ruas, praças, viadutos, casas de programas e shows eróticos, etc.), pela população assistida, ou seja, os usuários são contatados em regiões e locais de difícil acesso, privilegiando-se a constituição de uma relação de confiança e de menor exigência em relação à mudança nos estilos de vida das pessoas, com oferta de cuidado diferenciado.

Com esta metodologia, a URD, por meio do respeito ao direito de escolha pessoal do usuário e do compromisso com a saúde da coletividade, tem a possibilidade de ter maior aproximação e conhecimento das realidades nas quais pretende intervir.

1.2 REDUÇÃO DE DANOS E AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS E SERVIÇOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Realizou-se uma revisão bibliográfica a respeito da redução de danos, já que o levantamento bibliográfico sobre a avaliação de práticas de redução de danos propriamente dita mostrou-se inicialmente muito restrito. Assim utilizaram-se os descritores “minimização do dano” ou “redução do dano”, ao lado de diversos descritores referentes à avaliação de serviços de saúde, na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), sem restrição de período⁸. Na MEDLINE, foram pesquisados os descritores “minimização do dano” ou “redução do dano” e “avaliação de programas e projetos de saúde”, no período de 1996 a 2006. O levantamento foi realizado em 15/09/2006 tendo sido encontrados 22 publicações no LILACS e 14 no MEDLINE. Destas, foram selecionadas para leitura e análise 18 do LILACS e 04 do MEDLINE. No LILACS 05 trabalhos foram excluídos: 02 trabalhos por encontrarem-se repetidos; 01 por se tratar de um projeto de prevenção e formação de recursos humanos para integração do sistema para prevenção e migração e atenção a desastre; 01 por se tratar da prevenção ao abuso de drogas em ações de saúde e

---

⁸Não se restringiu o período para a busca no LILACS porque foram encontrados poucos trabalhos.

educação, voltadas especificamente à educação nas escolas, 01 por se tratar de controle de danos em cirurgia de trauma abdominal, 01 por se tratar de crises, caos e oportunidades e 01 último que fazia relação com os impactos sociais da dolarização. No MEDLINE 10 trabalhos foram excluídos: 01 por ser repetido do LILACS, 01 por se relacionar ao câncer especificamente, 01 sobre tabaco, 01 sobre AIDS, 01 sobre independência de paciente, 01 sobre idoso, 02 sobre álcool e 02 artigos de jornais diários.

1.2.1 Resultados referentes ao levantamento realizado no LILACS

No LILACS, foram localizados 18 trabalhos, dos quais apenas 5 guardavam relação direta com o objeto de estudo, pois avaliavam programas de redução de danos.

Os trabalhos foram todos publicados após o ano de 2002 e distribuíram-se cronologicamente da seguinte forma: 2 em 2002; 13 em 2003; 2 em 2004 e 3 em 2005.

A exceção de um trabalho argentino todos os demais eram provenientes do Brasil.

Parcela considerável (9 = 45%) dos trabalhos encontrados compõe um número especial do *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, que trata do posicionamento de diferentes instituições de prevenção e tratamento e associações ligadas à problemática das drogas e redução de danos.

Os artigos revelaram diferentes concepções de redução de danos. Embora não houvesse entre as publicações manifestações contrárias à redução de danos, alguns questionamentos e restrições foram observados. A leitura e a análise dos trabalhos encontrados permitiram perceber que eles podem ser classificados em dois grandes conjuntos. Assim, em uma primeira perspectiva, pode-se conceber a redução de danos como instrumento de humanização do cuidado a usuários de drogas, voltando-se aos direitos humanos. O outro conjunto de trabalhos seria representado por uma perspectiva que faz algumas restrições em relação à redução de danos,

ênfatizando, como no modelo tradicional, a abstinência como meta a ser atingida. A redução de danos constitui, assim, um meio de atingir, por exemplo, o usuário considerado “fim de linha”.

A seguir, são caracterizadas as posições de algumas instituições aqui classificadas na primeira perspectiva, a que coloca a redução de danos na situação de uma prática social que humaniza a atenção aos usuários de drogas em direção à preservação dos direitos humanos:

1) A Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA), segundo Campos e Siqueira (2003), posiciona-se no sentido de colocar a redução de danos como um movimento social amplo, que busca um estado de bem-estar social que inclua os usuários de drogas legais ou ilegais. A ABORDA propõe trabalhar em prol da imagem do usuário de drogas, sendo muito desgastada na sociedade como um todo.

2) MacRae e Gorgulho (2003) referem-se ao posicionamento de um movimento social, o da Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC) que, a exemplo da ABORDA, também se manifesta favoravelmente às práticas de redução de danos e de tratamento de substituição. A REDUC posiciona-se no sentido de que o problema das drogas deve ser entendido de forma abrangente incluindo os aspectos sociais, políticos e econômicos. A redução de danos é considerada uma concepção ampla, podendo ser atribuídos a ela diversos significados. A entidade ao se referir à importância da experiência que vem sendo acumulada pelos movimentos sociais de redução de danos - nacional e internacionalmente cita que a redução de danos não deve se restringir a um conjunto de condutas para o atendimento de dependentes de drogas ou daqueles em risco de contraírem doenças sexualmente transmissíveis. Dessa forma, a entidade sugere que a sociedade discuta também as questões que estão imbricadas no consumo, como a segurança, por exemplo, além de outros danos que precisam ser reduzidos ou minimizados. A associação tem crítica à concepção de que a problemática das drogas restringe-se à dependência química, compreendendo-a como um fenômeno de natureza biopsicosocial, sem desconsiderar a natureza orgânica da dependência.

3) Nessa perspectiva voltada aos direitos humanos encontra-se também o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Cruz, Sáad e Ferreira (2003) acompanham a crítica da redução de danos à posição idealista que apregoa uma sociedade livre das drogas. Assim, consideram necessária a implementação de ações para diminuir os danos causados pelo uso das drogas ao indivíduo e à sociedade. Os autores referem ainda que a redução de danos é uma ação para além da troca de seringas, englobando mecanismos de aproximação com os usuários para sensibilizar os dependentes ao tratamento e à realização de exames. Afirmam que no Brasil a redução de danos é a abordagem preventiva oficial, pela qual a epidemia de AIDS vem sendo enfrentada e a proposta é que cada vez mais seja ampliada.

4) Carlini (2003a) explicita que a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) conta com 3 grupos que trabalham com a questão da drogas, com visões diferentes sobre a redução de danos:

- a) A disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas - ministrada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) e pela Unidade de Dependência de Drogas (UDED) afirmam que existe ausência de conceitos claros sobre redução a de danos, o que dificulta sua efetivação. Assinalam a importância em ter claro qual o dano que se pretende reduzir e como “avaliar cientificamente o impacto de cada tipo de ação ou estratégia na mudança de comportamento de risco e na redução das disseminações das epidemias”.
- b) A Unidade de Atendimento a Dependentes (UNIAD) acredita na redução de danos como estratégia que pode ser utilizada na prevenção terciária, acoplada ao tratamento formal, tendo como alvo ideal a abstinência. A redução de danos é indicada, quando o indivíduo não consegue ou não aceita a redução do uso. A instituição ressalta que a informação sobre drogas deve ter “como base evidências científicas integradas ao contexto social” (Carlini, 2003a, p. 366).

- c) O Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) considera que a redução de danos e riscos deve partir de um mesmo continuum, englobando as estratégias de prevenção primária, secundária, terciária e todas as intervenções de atendimento ao usuário, incluindo tratamento e reinserção social. O programa defende a posição de descriminalização do usuário, acreditando que o consumo de drogas não se constitui delito e que a descriminalização das drogas seria uma importante medida de redução de danos. Posiciona-se contra as posturas coercitivas da justiça terapêutica, por acreditar que as relações crime e castigo, obrigatoriedade e punição, não inibiriam o uso e nem diferenciariam o dependente químico do usuário ocasional. Defende ainda que a redução de danos não seja restrita apenas às drogas ilícitas, mas às lícitas também (Carlini, 2003a).

5) O Departamento e o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo apresentam uma revisão bibliográfica de artigos listados no MEDLINE, com o objetivo de subsidiar o parecer do departamento a respeito da redução de danos. Os estudos demonstraram que novas formas de abordar o tema têm sido eficazes na prevenção da transmissão do HIV em usuários que fazem uso de drogas injetáveis, diminuindo a adoção dos chamados comportamentos de risco. Portanto, o que se observa em diversos países é a substituição da perspectiva tradicional por outra mais flexível e humanitária, dirigida aos usuários que não conseguem parar de usar drogas. Assim, o Departamento considera que a redução de danos seja encarada como uma política “que busca diminuir os efeitos lesivos ou negativos do uso de drogas”, contrastando com o modelo predominante da abstinência. Os representantes apontam ainda o efeito negativo do investimento na repressão sobre a prevalência do uso de drogas em várias partes do mundo, considerando importante investir esforços na educação e prevenção. Pondera-se ainda que o modelo da redução de danos, tendo como base programas de intervenções comunitárias por meio dos usuários de drogas, tem sido eficaz para alcançar usuários que os

serviços de saúde não conseguem atingir (Malbergier, Andrade, Scivoletto, 2003).

6) Para Carlini-Marlatt, Requião e Stachon (2003), representantes do Instituto de Prevenção e Atenção às Drogas (IPAD), da Universidade Católica do Paraná, a redução de danos constitui “alternativa viável, humana e de resultados positivos para vários comportamentos de risco para a saúde”. Apesar disso o IPAD não tem essa abordagem como elemento definidor de suas ações nem como solucionador dos impasses da área de saúde mental. Considera-se a redução de danos como abordagem que não se opõe à abstinência, que se constitui em alternativa viável, humana e de resultados positivos para comportamentos de risco à saúde. Os autores acolhem os movimentos sociais que buscam os direitos dos usuários de drogas, mas não comungam de posturas como a defesa da legalização das drogas, pois acreditam que não trará benefícios à sociedade. A redução de danos é, portanto, uma alternativa de saúde pública para os modelos existentes criminais e focados na doença.

7) Silveira et al. (2003) discutem a Política no Ministério da Saúde para atenção a usuários de álcool e outras drogas e afirmam que 10% das populações dos grandes centros urbanos do mundo consomem substâncias psicoativas de forma abusiva. Acreditam que frente a essa situação, e por não existirem políticas claras voltadas a essa questão, desenvolveram-se no Brasil propostas de tratamento alternativo ainda que em grande parte estejam voltadas à abstinência. Assim, o Ministério da Saúde (MS) apresentou diretrizes para que seja construída uma política de atenção integral voltada para prevenir, tratar e reabilitar usuários de drogas, utilizando estratégias que não vislumbrem apenas a abstinência. O governo federal assume a redução de danos como importante ação de saúde pública, incluindo os usuários de drogas na agenda pública. Além disso, projeta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Álcool e Drogas), dispositivo assistencial composto de projetos terapêuticos que tem como linha o favorecimento de práticas e ações mais humanizadas e de cuidados com

mais flexibilidade para com esse sujeito e na perspectiva da redução de danos sociais à saúde.

O segundo conjunto de trabalhos traduz-se em uma perspectiva mais conservadora em relação às propostas de redução de danos e pode ser representado por:

1) Malbergier, Andrade e Scivoletto (2003) fazem referência às posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e outras Drogas sobre a redução de danos com base em duas vertentes, uma mais voltada às origens do conceito da redução de danos, quando surgiu para contenção da transmissão e disseminação do HIV e outras DST na população de usuários de drogas injetáveis. A segunda vertente abrange ações no campo de saúde pública e políticas públicas, que visam prevenir danos, antes que aconteçam. A redução de danos poderia ser considerada como uma possibilidade para pacientes específicos, ou seja, aqueles que não apresentam boa evolução com a oferta de tratamento. Os autores ressaltam ainda que uma política de drogas deve “evitar ideologias” e procurar seguir os “avanços conceituais”, buscando obter evidências científicas que sirvam de parâmetros às práticas de saúde. A redução de danos é considerada uma prática neutra, que não se posiciona a favor nem contra o consumo de drogas; chamam a atenção para a necessidade de uma definição mais clara e fundamentada no conceito do que vem a ser redução de danos.

2) Carlini (2003b) busca demonstrar a perspectiva internacional a respeito da redução de danos, apontando que, embora as Convenções Internacionais da ONU (1961, 1971 e 1988) não mencionem a redução de danos o International Narcotics Control Board (INCB) considera que essa modalidade de atuação não é contrária às convenções, reconhecendo-a como estratégia de prevenção terciária “que visa interromper ou retardar o progresso de uma desordem, um processo ou problemas e suas seqüelas, mesmo que as condições básicas do fenômeno ainda persistam”. A redução de danos não é um tema recente, sendo discutido em muitos países mesmo antes da Convenção da ONU sobre Narcóticos, em 1961. O INCB não se

opõe à redução de danos, conquanto faça parte do tratamento médico e uma estratégia de redução de demandas, mas preocupa-se que intervenções de redução de danos possam ser utilizadas para advogar em prol da legalização da droga para uso não médico.

Desse modo, procurou-se compreender como as instituições se posicionam especificamente em relação à terapia de substituição. Assim, tem-se que:

1) A ABORDA como movimento social que luta em prol do usuário de droga preconiza a adoção de práticas de saúde baseadas na terapia de substituição⁹, visto que elas permitem objetivos mais flexíveis para com os usuários que não desejam ou não têm como objetivo a abstinência. Ressalta a importância de se incluir as terapias de substituição na rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), como alternativa que poderá propiciar melhoria de acesso das pessoas que fazem uso de drogas aos insumos e serviços de assistência à saúde (Campos, Siqueira, 2003).

2) A REDUC levanta diversas indagações sobre o tratamento de substituição, enfatizando a importância do debate social sobre o assunto. Indaga-se, por exemplo, para que tipo de droga a terapia seria válida ou qual o limiar dos programas de substituição? Há um questionamento relativo ao poder conferido ao saber médico e às propostas de combate à exclusão social, enfatizando a importância do protagonismo dos usuários de drogas nas definições e decisões que se referem às questões que tenham relação com as drogas. Aponta ser fundamental no Brasil maior aprofundamento da temática sobre o tratamento de substituição (MacRae, Gorgulho, 2003).

3) O Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) assim se posiciona: “O emprego da substituição de drogas por outras substâncias menos associadas a danos, mesmo quando estas oferecem riscos de abuso ou dependência, também pode ser compreendido entre as ações das estratégias de redução de danos” (Cruz, Sáad, Ferreira, 2003, p.357).

---

⁹Possibilidade de ampliação do repertório da assistência às pessoas que usam drogas, utilizando outras drogas consideradas menos nocivas (ABORDA, 2003).

4) Para o PROAD, o tratamento da dependência química com base nas estratégias de redução de danos pode ser feito pela mudança no padrão de uso e pela substituição das drogas, tendo como meta a abstinência (Carlini, 2003a).

5) Carlini (2003b) esclarece que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza para dependentes de substâncias psicoativas o uso de outras substâncias psicoativas no tratamento para melhorar a saúde e o bem-estar do indivíduo. Para o INCB, a proposta de substituição pode ser utilizada com menor grau de risco exclusivamente, desde que tenha como objetivo principal o tratamento do usuário.

Os demais trabalhos não fazem menção à terapia de substituição.

As publicações levam a perceber, também, o posicionamento das instituições sobre a prática de distribuição de seringas e agulhas:

1) O INCB reafirma sua posição de que são necessárias precauções para que a troca de seringas e agulhas e as salas de injeções não promovam abuso de drogas. A entidade não concorda com a instalação de salas de injeções/inalação, alegando que essas práticas são contrárias às convenções, pois são práticas que facilitariam crimes envolvendo a posse e o uso de drogas e que encorajariam o tráfico (Carlini, 2003b).

2) O Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) considera que a redução de danos é uma ação para além da troca de seringas, englobando mecanismos de aproximação com os usuários para sensibilizar os dependentes ao tratamento e à realização de exames e de outros tipos de tratamentos necessários (Cruz, Sáad, Ferreira, 2003).

3) Para o Departamento e o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo, os programas de troca e descontaminação de seringas têm demonstrado, sobretudo na Europa e nos Estados Unidos, a diminuição da disseminação do HIV na população de usuários de drogas injetáveis, constituindo-se em alternativas para abordagens de populações de difícil acesso e alto risco de infecção,

reduzindo futuros custos associados aos cuidados e tratamentos do HIV (Malbergier, Andrade, Scivoletto, 2003).

4) O Ministério da Saúde tem como proposta ações que estejam voltadas à prevenção do compartilhamento de seringas e agulhas por parte dos usuários, para usuários de anabolizantes nas academias de ginástica e, também, para pessoas que fazem uso de silicone injetável ou aplicam hormônios (Silveira et al., 2003).

Além dos textos que compõem a coletânea exposta acima, outros dois trabalhos do levantamento bibliográfico realizado promovem uma reflexão sobre a redução de danos, modelos que lidam com usuários e questões relacionadas às drogas, em uma perspectiva humanizada e não criminalizadora do usuário.

O texto de Veloso, Carvalho e Santiago (2004) promove uma reflexão sobre a coexistência de uma vertente repressiva e outra moralizadora nas práticas educativas do cuidado e atenção aos usuários de drogas, que têm servido para reforçar as representações sociais que desqualificam e condenam as pessoas que apresentam problemas com drogas, colocando-as em posição de desvantagem e demandando punição.

Os autores assinalam a necessidade de que as práticas institucionais desenvolvam estratégias mais emancipatórias voltadas aos usuários de drogas, objetivando a criação de espaços democráticos de acolhimento e estímulo à reflexão, que contribuam para a desconstrução das inúmeras formas de exclusão e segregação social desses sujeitos sociais.

A coletânea organizada por Bastos, Karam e Martins (2003) apresenta 3 textos. O primeiro é o de Bastos (2003) que desenvolve alguns conceitos-chave sobre redução de danos e Saúde Coletiva:

- O pesquisador tem três compromissos básicos: ter claro para si que todo conhecimento é provisório; ser claro, evitando o jargão técnico; a ética da pesquisa com seres humanos tem implicações imediatas e deve visar o bem estar e a coletividade.

- A saúde tem abrangência universal de forma que todos os segmentos sociais são beneficiários e cada indivíduo tem direito a intervenções preventivas e assistenciais de qualidade;
- O conceito central das estratégias de redução de danos é o de que os usuários que não possam imediatamente ou não desejem interromper o consumo de drogas tenham acesso a opções viáveis, parciais e/ou graduais.

O autor busca trabalhar as origens dos programas de redução de danos, ensinando que os programas atuais são frutos de muitas experiências agregadas ao longo do tempo. Alerta para o risco do assistencialismo, uma prática que reforça um sentido de inferioridade entre indivíduos que têm pouco acesso à saúde e são mais pobres e propõe como alternativa o resgate do papel ativo e propositivo do destinatário da ação, difícil para uma comunidade fortemente estigmatizada, mas não impossível.

Seria necessário que a proposta da redução de danos fosse ampliada a todo o território nacional. Os custos da RD, quando comparados a outras iniciativas de saúde pública, são relativamente baixos quando se consideram os custos envolvidos nos tratamentos dos agravos prevenidos pela RD: AIDS e hepatite. O grande problema vivenciado pelos PRDs brasileiros é a cobertura que é possível alcançar com as ações desenvolvidas (Bastos, Karam, Martins, 2003).

Karam (2003) toca no cerne da política proibicionista e reflete que os Estados Unidos da América (EUA) têm ditado a política internacional que criminaliza condutas relacionadas a substâncias ilícitas. Essa criminalização criou o tráfico de drogas, além de interferir no mercado de drogas, que funciona como qualquer outro mercado.

Em relação à saúde pública, a criminalização produz um efeito contrário àquele que diz proteger, pois provoca a inacessibilidade ao controle de qualidade das substâncias que se comercializam, novas drogas são lançadas sem nenhum controle e, muitas vezes, são utilizadas sem as mínimas condições de higiene e, além disso, a proibição amplia a desinformação a respeito das maneiras seguras de usar, dos efeitos reais (e

não o terror) e dos cuidados possíveis quando há excessos. A política proibicionista traz uma sobreposição de poderes do Estado para punir os cidadãos, aumentando os mecanismos de repressão sobre os usuários e expondo-os à estigmatização e ao preconceito (Karam, 2003).

Martins (2003) fala da história da redução de danos, localizando na Inglaterra, em 1926, suas origens e assinala a existência de cinco modelos de abordagem do consumo de drogas: o modelo jurídico-moral, que penaliza o usuário, o médico-sanitário, que vê o usuário como doente; o psicossocial, que busca no indivíduo razões para o abuso e o modelo sociocultural, que prima pela modificação do meio como causador da dependência.

Cada um desses discursos teóricos privilegia um dos elementos da equação do consumo de drogas: a personalidade, a substância ou meio, ou momento sociocultural. A redução de danos foi construída de outra maneira, pois incorpora o conceito de que o uso de drogas é multifacetado e dinâmico. Entende como aceitável o consumo de drogas e objetiva a redução das consequências adversas do consumo. As ações pragmáticas de contenção da AIDS entre os UDI's deslocaram o enfoque no consumo de drogas em si, o que arejou a discussão de maneira prática (Bastos, Karam, Martins, 2003).

Em nossos dias, foi aberto um espaço aos drogados, o de ajustamento social. Nesse caso, o modelo jurídico moral tende a legislar no espaço privado do usuário, impondo a abstinência como regra. Os usuários de drogas não recorrem aos dispositivos institucionais de assistência e tratamento, tornando-se cada vez mais vulneráveis frente aos riscos. No que se refere aos usuários de drogas injetáveis, a política de redução da oferta tem restringido o acesso a cuidados em dispositivos institucionais que poderiam acolhê-lo e propiciar-lhe tratamento, prevenção e redução de danos, que resgata a condição de cidadão dos usuários (Bastos, Karam, Martins, 2003).

Dentre as publicações, foram encontrados 2 relatórios de conferências de redução de danos: o primeiro foi o Seminário Nacional de Redução de Danos: outras estratégias são possíveis. O Centro de

Convivência É de Lei organizou esse seminário e elaborou um relatório, que faz referência às sínteses das conferências. O documento analisa as possibilidades e limites da redução de danos no Brasil como política pública e aponta para a necessidade de se trabalhar com as populações mais vulneráveis (Brites et al., 2002). Esse Seminário trabalhou questões como a possibilidade de redução de danos com algumas drogas, além do fato de ampliar o debate para a questão do tráfico e do direito à saúde. O segundo relatório diz respeito a I Conferência Internacional sobre Consumo de Álcool e Redução de Danos em busca de uma política abrangente e eficaz aos países em transição e desenvolvimento. O relatório apresenta discussão sobre o consumo de álcool no mundo e suas conseqüências na vida das pessoas, assim como apresenta propostas relativas ao consumo de álcool/redução de danos no âmbito da saúde (Melcop et al., 2003).

Conforme mencionado, apenas 5 trabalhos diziam diretamente respeito ao objeto deste estudo:

1) O Projeto da Asociación Civil EL Retoño (2003) - desenvolvido com usuários de drogas na cidade de Buenos Aires, de maio a agosto de 2002 - tinha como objetivos: estabelecer contato e vínculo com usuários e usuárias de drogas injetáveis e não injetáveis; conhecer as suas características; proporcionar-lhes informações, capacitação, assessoramento e atenção para reduzir danos associados ao uso de drogas. Para isso, foi estabelecido o Centro de Redução de Danos El Sótano, onde se realizava a coordenação do projeto e dos operadores de campo, assim como atendimento médico aos usuários. O projeto foi desenvolvido em vários bairros de Buenos Aires. Em primeiro lugar, o projeto buscou conhecer a situação sócio-econômica e cultural dos usuários, bem como estabelecer vínculos. A técnica utilizada pelo projeto foi a de bola de neve, por meio da qual os primeiros usuários atendidos vão apresentando os seguintes. O diagnóstico exploratório contactou mais de 300 usuários e usuárias de droga injetável e não injetável. Todos foram orientados e receberam informações sobre a redução de danos. O projeto mostrou que se trata de pessoas que vivem em situação de pobreza e de exclusão social, que não concluíram estudos secundários; a

maior parte era negra e sobrevivia de obras sociais; 6% dos entrevistados realizavam atividades consideradas ilegais para sobreviver. A maior parte das pessoas que tinha trabalho assalariado realizava atividades em comércio, limpeza, transporte, entre outros. Outros entrevistados trabalhavam, como: ambulantes, em atividades sexuais, limpando vidros, lavanderias, entre outros. Apenas 16% contavam com algum tipo de ajuda do governo ou entidades da sociedade civil, e só recorriam aos hospitais em caso de urgência e apenas 8% realizavam tratamento médico contínuo. O diagnóstico concluiu que as condições sócio-econômicas desfavoráveis, a escassa interação dos usuários com o sistema de saúde, a falta de informações necessárias para prevenção de enfermidades e o predomínio de alguns tipos e formas de consumo favorecem a ocorrência de práticas de riscos. Pautados nesses achados, ficou clara a necessidade de se construir uma ponte entre os usuários (as) e o sistema de saúde. O estudo mostra ainda que a cocaína (62%) e a maconha (78%) são as substâncias mais utilizadas pelos usuários (as). Entre os consumidores de cocaína inalada, 35,4% compartilharam uma vez, pelo menos o canudo. Em relação ao álcool, 82% alegaram fazer uso em final de semana; 29% fazem uso aproximadamente de 2 litros por dia e 29% alegam fazer uso de até 5 litros por dia. A maioria dos usuários iniciou o uso de drogas entre 14 e 17 anos de idade. Em relação às drogas injetáveis, foram detectadas várias redes de usuários, a maioria em condições de extrema pobreza. Desses usuários, apenas 7 aceitaram ser entrevistados (2 mulheres e 5 homens) e desse grupo apenas 1 mantinha o uso regular de droga injetável. Esses usuários iniciaram o uso em torno dos 18 e 22 anos e 57,1 % declaravam, pelo menos uma vez ter compartilhado seringas (Asociación Civil El Retoño, 2003).

2) Um outro estudo (Fonseca, Bastos, 2005) defende a propriedade da abordagem da redução de danos em detrimento de abordagens tradicionais que são coercitivas e autoritárias. Ponderam que, com a redução de danos, é possível apostar na capacidade de autodeterminação e flexibilização das alternativas aos usuários de drogas. As trocas de seringas e agulhas são consideradas como ganho não só para o usuário como à

comunidade, pois além de evitar a infecção pelo HIV/AIDS e outras doenças, essas ações têm evitado que esses insumos circulem pelas ruas, podendo infectar alguém.

Fonseca e Bastos (2005) mencionam que o Projeto de Redução de Danos de Porto Alegre (PRD-POÁ) realiza em parceria com os postos de saúde troca de insumos (kits de material para utilização de drogas injetáveis), assim como trabalho de prevenção e assistência aos usuários de droga injetável, seus parceiros e filhos. Esse PRD, inicialmente, iria funcionar em uma unidade de saúde, sendo realizada a avaliação dos distritos setoriais que poderiam ser pilotos do projeto. Os critérios utilizados foram: tratar-se de um bairro reconhecido como de alta periculosidade, em função do tráfico de drogas; ser local onde se localizava um número expressivo de usuários, fazendo uso pesado de drogas injetáveis, dentre outros. O local escolhido foi o bairro periférico Canto da Poça, uma vila de classes populares, com condições de vida precárias, tanto em relação às condições socioeconômicas como à falta de estrutura. Em Poá, as unidades de saúde já realizavam distribuição de agulha e seringas.

O Projeto foi se ampliando e tanto às unidades de saúde como os usuários de drogas procuravam espontaneamente a coordenação municipal de DST/AIDS para reivindicar a presença no bairro de atividades de redução de danos. No início do trabalho disponibilizou-se plantões nas unidades de saúde onde os redutores aguardavam em salinhas os usuários. Percebeu-se que esta estratégia não era favorável e que seria necessário trabalhar nas ruas. A partir desse momento o trabalho foi modificado e os redutores de danos passaram a escutá-los na rua, procurando constituir-se como referência, o que por seu turno dificultou a aproximação entre usuários e serviços. Os profissionais das unidades de saúde apresentavam dificuldades também para lidar com usuários de drogas. Atualmente os redutores de danos e os usuários de drogas injetáveis sentem-se mais à vontade nas dependências das unidades de saúde. Os agentes moradores da comunidade relacionam-se positivamente com os usuários e realizam ações

de troca de agulhas e seringas em suas casas, quando os postos de saúde estão fechados ou quando os redutores não estão naquela área.

Esse trabalho realizado por Fonseca, Bastos (2005) trata ainda do estudo sobre a integração PRD e unidade de saúde, sendo escolhidas uma unidade do Programa de Saúde da Família (PSF) e a unidade de saúde Érico Veríssimo (USEV) do município. As duas ficam situadas em bairros periféricos. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas abertas, semi-estruturadas, dirigidas aos profissionais de saúde, para avaliar os vínculos entre PRD, usuários de drogas e profissionais de saúde. As perguntas foram: como foi o recebimento/acolhimento do projeto de redução de danos? Com a implantação do PRD houve alteração na relação dos UDI com o posto? No PSF foram realizadas 6 entrevistas com pacientes e na USEV com 1 atendente, o guarda, 1 enfermeira e 1 assistente social. A pesquisa mostrou que os entrevistados têm necessidade de falar, externar opinião que, geralmente, são guardadas e reprimidas e apresentam ansiedade para fazer algo concreto pelos usuários de drogas. Alguns profissionais aceitam a proposta da redução de danos, no entanto, não aceitam a troca de seringas embora reconheçam a importância do trabalho. Os usuários do PRD chegam às unidades de saúde por meio dos redutores de danos e da atividade de troca de seringas ou em função de suas necessidades. A relação de confiança segundo um entrevistado do PSF, foi abalada por causa do término do projeto, o que afastou os usuários do posto. Os profissionais de saúde dos dois postos citaram que os usuários de drogas que chegam ao posto de saúde são considerados pelos outros usuários de drogas como mais corajosos/mais assumidos. Esses usuários de drogas que chegam aos postos de saúde, pelas ações do PRD têm, tido a possibilidade de repensarem sua situação de vida. Os profissionais do PSF relatam que os usuários não têm medo de realizar troca de seringas no posto e os da USEV referem que os usuários não são bem recebidos pela equipe, havendo resistência por parte de vários profissionais. O trabalho ressalta que apesar das dificuldades ocorridas, houve aumento na procura para a troca de seringas. Os entrevistados foram unânimes em afirmar a falta de alternativas para encaminhamentos para tratamento e a

precariedade no que tange à regularidade das escassas alternativas disponíveis. As entrevistas evidenciam as resistências dos profissionais para lidar com as ações desenvolvidas. Isto se deve ao fato de que, embora aceitem a idéia proposta, os profissionais não se sentem seguros em relação à natureza e às conseqüências propostas (Fonseca, Bastos, 2005).

3) O Projeto Vem Comigo! No caminho te explico (Kessler, 2005) trata de uma pesquisa ação elaborada, em 2004, por médicos da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública (ESP-RS). O trabalho visava à promoção da saúde, tendo como alvo os adolescentes do Morro da Cruz que não encontravam nos espaços formais respostas para suas necessidades. Para alcançar os adolescentes, a autora propôs uma pesquisa-ação ou pesquisa participante, com a intenção de transformar a realidade, e que os adolescentes fossem co-autores do processo. A pesquisa ação aconteceu a partir de três ações complementares: territorialização, oficinas e rede intersetorial.

Kessler (2005) utilizou a estratégia de distribuição de preservativos como meio de abordar o adolescente, fato este que facilitou muito a aproximação. A relação entre as instituições e os adolescentes era uma questão delicada, sendo apontado por um usuário que as instituições inseriam os adolescentes em programas por alguns meses e com o término do programa os abandonavam, gerando assim a sensação de “uso e abandono”. Os adolescentes da comunidade deixaram claro que não conseguiam acessar o serviço de saúde e tinham grande dificuldade para obter preservativos. Durante as oficinas, os adolescentes relataram situações de abuso de drogas e de sexo desprotegido. O conceito de redução de danos auxiliou a estabelecer um diálogo sobre a utilização de droga, mostrando outras possibilidades sem ter como proposta principal a abstinência. Dentre estas opções, trabalhou-se com a possibilidade de substituir uma substância por outra menos danosa, diminuir o uso ou mesmo permanecer em abstinência. Ao lidar com mais proximidade com a população referida, entrava em conflito com os modos de trabalhar em saúde que eram presentes entre os adolescentes. Estes se queixavam do

atendimento que lhes era dispensado, tanto quando “iam em busca de preservativos como quando necessitavam de outros cuidados com a saúde”. O trabalho germinou e agora passou a ser desenvolvido por outra residente de medicina com todas as reflexões que foram possíveis com base na vinculação com os jovens (Kessler, 2005).

4) Fonseca (2005) apresenta uma revisão sobre as políticas internacionais que têm como objetivo a redução de danos e também sugestões de como avaliar a implementação atual dessas políticas no Brasil. Assim, compara as políticas e programas de redução de danos implantados nos EUA, no Reino Unido e no Brasil, ressaltando o que há em comum e de diferente entre elas. No Brasil foram identificados 134 Programas de Redução de Danos (PRD), mas apenas foi possível avaliar 45 programas, pois muitos embora fizessem parte da listagem da Coordenação Nacional de DST/AIDS e de outras instituições, pois não havia informação suficiente a respeito deles. Assim, os seguintes aspectos foram avaliados: cobertura dos programas, financiamento, controle de insumos, capacidade organizacional e ambiente político dos programas em funcionamento no País no ano de 2004 que realizaram troca de seringas nos 6 meses anteriores à data do envio dos questionários. A cobertura dos programas foi considerada ruim ou média pela maioria dos gestores (60%). A adesão da clientela aos programas foi considerada boa pela maioria dos gestores (70%). Quanto aos insumos, do total de seringas distribuídas (126.452) 72% foram recolhidas. Apenas 8 PRD’S alcançaram nível ótimo de recolhimento de seringas que foi de 80%. Um dado relevante observado foi que 20% dos programas não dispõem de seringas e equipamentos suficientes para atender suas ações de redução de danos. Ao referir-se ao ambiente político, Fonseca (2005) argumenta que muito se precisa investir em discussões na sociedade civil e com os legisladores, entre outros, para que se enfraqueça a resistência à implantação e à plena operacionalização da política e dos programas de redução de danos. Assim, deve-se ampliar o diálogo com as diversas instâncias da sociedade que lidam com a questão das drogas, e com isso, ampliar a interface com outras populações vulneráveis, como a de presidiários, profissionais do sexo e garimpeiros.

5) A revisão mostrou ainda o trabalho de Paes (2002), que relata a implantação do Projeto Tá Legal, nas cidades de Corumbá e Campo Grande, no Mato Grosso do Sul que se iniciou em março de 2001. A região é conhecida como um dos maiores corredores de tráfico de cocaína do mundo, onde a droga pode ser obtida a custo mais baixo do que em outros locais do Brasil. Nesse projeto, a redução de danos apresenta-se de várias formas, sendo realizada em instituições de saúde pública e hospitais. O grande diferencial da redução de danos nesses projetos é a presença do agente de saúde na comunidade, buscando criar vínculos com os usuários. Uma grande dificuldade do trabalho de campo é encontrar agentes que façam ou tenham feito uso de drogas, capazes de vencer o medo da exposição para trabalhar em campo.

Conforme Paes (2002), a capacitação dos agentes que trabalham em unidades de saúde de regiões com grande índice de drogas, tem grande relevância para realização do trabalho de campo, bem como para desenvolvimento de ações de quebra de tabus e preconceitos. Em Corumbá, depois de identificado, o grupo de UD passou a participar de rodas de conversa e vídeos sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e uso seguro de drogas injetáveis. Desse modo, interagir com o grupo de UD foi estratégico. Os agentes passaram a realizar visitas semanais nos espaços freqüentados pelo grupo. As avaliações eram mensais e realizadas com base em várias fontes: planos de trabalhos previamente traçados, relatórios de campo, leitura sobre as atividades e resultados. Em Corumbá, vários campos foram abertos, cada um com sua especificidade. Um mais voltado à prostituição e drogas, outro mais às UDI's, outros, para uso de diferentes tipos de droga de trabalhadores portuários.

Aplicavam-se medidas de redução de danos na perspectiva de encaminhamento para testagem, exames de saúde, prevenção, disponibilidade de seringas e camisinhas. O trabalho de abordagem era realizado, sobretudo para preparar a comunidade e a família para que aceitassem e mesmo apoiassem a redução de danos. Preservativos eram disponibilizados a todas as pessoas e os kits de UDI's eram apresentados à

comunidade. A cada mês de trabalho, crescia o número de preservativos entregues. A identificação de UDI's não foi tão grande quanto se esperava, foram acessados usuários não fixos, como é o caso de viajantes e artesãos, que, poucas vezes, devolveram as seringas. O grupo mais acessado foi de usuários de pasta base, que utilizam drogas injetáveis ocasionalmente, com concentração no inverno. No total, foram disponibilizadas quase 1.200 seringas em 9 meses, e a meta era de 3.000, foram contatados 52 UDI's em seis meses, desses apenas 06 faziam uso constante de drogas injetáveis (Paes, 2002).

1.2.2 Resultados referentes ao levantamento realizado no MEDLINE

A pesquisa bibliográfica realizada no MEDLINE encontrou 14 artigos, dos quais 04 guardavam relação diretamente com o objeto de estudo, visto que tratavam da avaliação de serviços.

Os trabalhos foram todos publicados após o ano de 2004 e distribuíram-se cronologicamente da seguinte forma: 1 em 2004; 2 em 2005; e 1 em 2006:

1) O primeiro trabalho é um estudo comparativo entre Brasil, Bangladesh, Belarus, Ucrânia, Federação Rússia e China (Burrows, 2006), que relaciona direitos humanos e cobertura de programas de troca de seringas. Parte da premissa que, para prevenir ou diminuir a epidemia de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis, algumas ações devem ser realizadas em uma escala suficiente para atingir e auxiliar um número importante de usuários e com isso “modificar comportamentos de risco relativos ao uso de drogas e as práticas sexuais”. Os UDI's são alcançados por meio de trabalho de campo; o emprego de programas de trocas de seringas com a oferta de informações sobre AIDS e aconselhamento constitui uma forma de vinculação entre os UDI's e os serviços de saúde. A United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) apresentou trabalho no qual demonstra a importância de um constante trabalho de *advocacy*, como forma de se alcançar uma alta inclusão/cobertura dos programas de redução

de danos. Com objetivo de documentar a forma com que se deu a inclusão/cobertura dos programas nos países em desenvolvimento, a UNAIDS, em 2002, realizou uma investigação em locais considerados de alta inclusão/cobertura. Os locais foram definidos através de uma consulta realizada por e-mail em 20 dos principais serviços nos países em desenvolvimento, onde se aplica a redução de danos, de forma que apenas locais indicados por mais de um consultor foram incorporados à investigação. Foram eles, Soligorsk, Belarus, Paskov, Rússia, Sumi e Ukraine no leste Europeu; Dhaka e Bangladesh na Ásia; Salvador e Porto Alegre no Brasil e agregado à pesquisa Hong Kong pela realização de tratamento pela manutenção de metadona, e Rajshahi. Porto Alegre foi excluído por falta de dados.

Na busca por informações sobre inclusão/cobertura três medidas podem ser utilizadas. Em todas havia algo em comum: utilizou-se como base a população de UDI's estimada em um determinado local. Para as duas primeiras medidas, deu-se grande relevância aos usuários de drogas injetáveis acessados, por meio de procedimentos e materiais utilizados na prevenção do HIV tais como: agulhas, seringas, entre outros. A respeito da terceira medida, utilizou-se o número de seringas entregues ao UDI, dividido pelo número estimado de injeções durante um determinado período. Este método, no entanto, não é usado. Os resultados apontam que, durante a realização do estudo em questão, algumas características comuns foram encontradas nos programas de alta inclusão/cobertura: embora os programas analisados tenham características em comum, por meio do contexto social, cultural, religioso em que foram implementados. Possuem especificidades, o que gera diferenças na metodologia, equipe, serviços e produtos fornecidos, de forma que foram planejados de acordo com as necessidades locais.

Os trabalhos de campo são realizados em locais onde se encontram os UDI's, atuando assim com traficantes e distribuidores, a fim de assegurar a participação do maior número de UDI's. "Os trabalhadores carregam seringas novas e usadas". Nenhum dos programas "descreveu a

inclusão/cobertura elevada” em 12 meses e, na sua maioria, foram necessários três anos para alcançar a inclusão/cobertura elevada. Os programas, em geral, ofertam outros serviços além da troca de agulhas e metadona. Esta possibilidade de outros serviços atrai UDI's e outras populações. Alguns sentem necessidade de se ampliar às ações para os parceiros de UDI's como no caso dos trabalhadores do sexo, ou mesmo, com familiares de UDI's e com usuários de outras drogas.

O trabalho de campo e algumas flexibilidades que são ofertadas nos serviços têm atraído UDI's aos serviços de saúde. Muitos problemas ainda persistem apesar dos bons resultados dos programas em relação a *advocacy* “necessita se construído em todos os programas em todos os níveis”. Como exemplo, “a inclusão/cobertura mais elevada é necessária para diversas intervenções”, dentre outros. Outra preocupação em relação a esta temática é que “nenhum dos locais estudados ofereceu uma escala cheia de tratamento de substituição de drogas, ou outras formas de tratamento de drogas, exceto a troca de agulhas e o tratamento do HIV, cuidado e suporte”. (...) “o aumento dos esforços de *advocacy* são necessários para expandir a escala de serviços indo de encontro com as necessidades dos UDI's. De maneira geral, pode-se dizer que “os programas de troca de seringas, agulhas e metadona alcançam mais de 50% de UDI's nos locais estudados” Em alguns locais, percebe-se que a “inclusão/cobertura elevada conseguida conduziu que as epidemias de HIV entre UDI's fossem minoradas” dentre outros resultados positivos. O estudo mostra que *advocacy* é “uma atividade importante para se conseguir a inclusão/cobertura elevada desejada” (Burrows, 2006).

2) O outro trabalho que diz respeito diretamente ao tema desta pesquisa é o de Wechsberg, Lam, Zule, Bobashe (2004), sobre a “eficácia da intervenção focada na mulher para a redução do risco do HIV” e o aumento da autonomia da mulher afro-americanas usuárias de *crack*. O objetivo era realizarem estudo, comparando em 3 e 6 meses a intervenção focalizada na mulher afro-americana para o HIV e uso de *crack*. O artigo chama a atenção para o fato de que o uso de cocaína/*crack* tem

proporcionado um aumento significativo de infecção por HIV entre mulheres afro-americanas. “Aproximadamente 1,7% das afro-americanas usuárias de drogas não injetáveis e sem histórico de prostituição” está infectada. O número é ainda maior entre mulheres com maior vulnerabilidade: moradoras de rua e que se prostituem. E o crescimento da infecção pelo HIV é aumentado quando são associados o uso de *crack* e prostituição, o uso de vários tipos de drogas e ao sexo desprotegido. Observou-se que muitas dessas mulheres estão sem emprego ou outra forma de se manter, apresentam “comportamento de extremo risco e vivem em contextos sociais que aumentam sua vulnerabilidade”. Estão desempregadas, possuem baixo nível de instrução e têm comportamentos de risco, dentre outras situações.

Alguns critérios foram usados para a seleção das mulheres para participarem do experimento: terem idade mínima de 18 anos, relato de terem tido sexo desprotegido durante os 90 dias precedentes e do uso do *crack* ao menos em 13 dos 90 dias passados. O recrutamento foi realizado entre janeiro de 1999 e agosto de 2001. No total, 938 completou a primeira fase e 762 a segunda fase. Duas tabelas cruzadas foram usadas durante o trabalho, “5,5% das mulheres não completaram totalmente 3 ou 6 meses de avaliação”. Foi utilizado como “significado estatístico das mudanças na utilização de crack foi avaliado a partir do uso de testes emparelhados: mudanças no *status* de moradia, emprego, prática de sexo seguro”.

Os resultados observados foram: diminuição do uso de *crack*, de sexo sem proteção, de prostituição por uso de drogas ou não por todo o grupo e comportamento de risco. O número de trabalhadoras em período integral cresceu em todos os grupos. Concluiu-se que a intervenção focada na mulher pode reduzir riscos, assim como prevenção HIV. Além disso, mostra que as mulheres, que não receberam esses benefícios, estavam mais vulneráveis. Fortalecer essas mulheres e ajudá-las a reduzir os comportamentos de risco, ampliando sua independência, “auto-suficiência” com trabalho e moradia, fatores interligados à melhora de sua saúde, pode ser a chave para uma maior redução e em curto prazo dos seus problemas de saúde e ampliação de comportamentos mais saudáveis. Devem ser

preciso: “estudos adicionais para medir a durabilidade em longo prazo dos efeitos dessa intervenção” (Wechsberg, Lam, Zule, Bobashe, 2004).

3) Emmanuelli, Desenclos (2005), também, avaliam um programa de redução de danos na França de 1996 a 2003, que teve como objetivo avaliar os efeitos alcançados por esse programa entre usuários de drogas intravenosas (UDI's) e os resultados associados à saúde. Para tanto foram avaliados, como indicadores de acesso do usuário a redução de danos. Os dados que foram obtidos a partir de “vendas mensais de seringas estéreis e de tratamento de substituição” voltadas para UDI's nas farmácias (23 mil) e juntamente com estes “o número de seringas que foram distribuídas nas associações das comunidades” e os “tratamentos de metadona prescritos em clínicas públicas” que estavam voltados à questão das drogas.

Esses dados foram comparados com a tendência dos resultados de “indicadores de saúde (indicadores anuais de overdose fatais, vírus da hepatite C, vírus de imunodeficiência (HIV), prevalência entre UDI's), indicadores de comportamentos de risco (compartilhamento e re-uso de seringas), indicadores legais (apreensões de cocaína e heroína com usuários)”.

O estudo aponta que, em 1995, surgiu o kit para injeção contendo água destilada, seringa, sabonete e preservativo e disponibilizado nas farmácias aos usuários de drogas injetáveis por meio de verbas públicas. Na França, os tratamentos de drogas eram gratuitos e oferecidos apenas para UDI's que buscavam cuidados de saúde. A partir de 1994 passou-se a comercializar methadone e buprenorphine em alta dosagem para serem utilizadas como substitutas de drogas. Clínicas de tratamento de dependência química prescreviam desde então tratamentos por substituição, conforme política de redução de danos. Os resultados apontam que, em 1996, a quantidade de seringas vendidas em farmácias era de aproximadamente 14,7 milhões de unidades. Esse número cresceu para 17,7%, em 1999, um crescimento de mais de 20,7%. A respeito dos tratamentos de substituição, no final de 2003, aproximadamente 15.000 UDI's – 60% desse número recebiam tratamento com methadone 60mg/dia,

o número foi crescendo, e o número de seringas vendidas também crescia, porém, em 1999, os tratamentos por substituição progrediram, no entanto, as vendas de seringas caíram.

Os dados refletem que, que em relação aos comportamentos de UDI's, percebe-se que estes mudaram suas práticas injetáveis, baseados nas práticas de redução de danos: em 1988 a 2002, houve uma queda de 28% referente ao compartilhamento de seringas e, no mesmo período, queda de 30% referente ao reuso de seringas.

Emmanuelli e Desenclos (2005) revelam ainda uma queda de 17% na prevalência do HIV de 1988 para 2002 e, em 2003, não havia incidência de contaminação pelo HIV em jovens com menos de 30 anos. Após, 1999, o número de apreensão de cocaína caiu, as mortes por overdose diminuíram de 465, em 1988, para 86, em 2003. A análise mostrou ainda que, entre 1995 a 2003 houve uma distribuição rápida e difundida dos tratamentos de substituição. No mesmo período, encontrou-se uma queda na prevalência da infecção por HIV entre UDI's, das mortes por overdoses e das apreensões por heroína.

Para um monitoramento seguro das práticas, os resultados devem surgir da população monitorada, por meio de amostras e questionários. Segundo Emmanuelli e Desenclos (2005), a prevalência do HIV não é o melhor indicador para avaliar o impacto de uma política de redução de danos, pois reflete tanto o número de casos novos como os já existentes. Em contraste ao HIV, a infecção de hepatite viral C não decresceu entre os UDI's, mesmo com a disponibilização de materiais seguros de injeção e tratamentos por substituição. O estudo indica a possibilidade da política de substituição ter contribuído para a diminuição de mortes associadas ao uso de drogas. (Emmanuelli, Desenclos, 2005).

4) Des Jarlais (2005) avalia o estudo que Emmanuelli e Desenclos (2005) realizaram sobre o programa nacional de redução de danos franceses, entre os anos de 1996 e 2003. Constatou que o número de seringas vendido ou distribuído no primeiro momento foi elevado e depois houve diminuição, assim como ocorreu aumento do número de pessoas que

eram beneficiadas pelo tratamento de substituição com methadona e buprenorphine.

O estudo aponta que o uso compartilhado de seringas e a “prevalência do HIV” tinham decrescido, exceto a prevalência no que se refere à hepatite C. No que tange à “apreensão de drogas e *overdose* por uso de heroína”, também, decresceu, mas ao contrário houve uma elevação da apreensão de cocaína. O artigo aponta ainda que a redução nas *overdoses* por uso de heroína, e por apreensão da mesma, teve com fator importante o aumento do tratamento com buprenorphine e methadona.

Diante disso, ressaltam que agora há comprovação com evidências científicas que os programas de redução de danos são eficazes. Neste estudo, Des Jarlais (2005) assinala que em razão da complexidade dos dados coletados que seria difícil para Emmanuelli e Desenclos (2005) na análise de seu trabalho “aplicarem estatísticas técnicas padrão e a relação tempo-retardo para avaliar a força de quaisquer associações entre estas variáveis”.

Des Jarlais (2005) tece críticas e reflexões são feitas ao estudo desenvolvido por Emmanuelli e Desenclos (2005) no que se refere, por exemplo, a resultados sobre a hepatite C que considera “desencorajador”, pois sugere questionamentos, alegando que não existem evidências de programas reduzirem a infecção da hepatite C, entre usuários de drogas na França.

Assim, traz como demanda importante que nas próximas avaliações dessa modalidade sejam incorporadas questões, como: “quão grande devem ser os programas de redução de danos para que possam resolver os problemas em nível de comunidade? Sugere que o estudo seria mais rico se “tivessem incluído número de usuários de drogas injetáveis ativos fora de tratamento fora para cada um dos anos de 1996 a 2003”.

E a partir daí verificar o total de seringas distribuídas para esse usuário anualmente e total de quem recebeu tratamento por ano. A questão relacionada à cobertura é fundamental, para que os programas de redução de danos consigam no trabalho nas comunidades, “impedir epidemias de

HIV e outros danos relacionados a drogas”. Outro aspecto criticado é sobre dados que não são fornecidos a respeito dos “usuários solitários”, para os quais deveria haver flexibilidade para a sua assistência e possível ingresso ao serviço de saúde. Outro ponto que registra é o porquê dos programas voltados para a redução dos danos “não trabalharem todo o tempo para todos os resultados desejados”. Faz observação sobre os dados do estudo referido, que “indicam a eficácia de alguns programas de redução de danos na França no ano de 1996 a 2003” (Des Jarlais, 2005).

1.2.3 Algumas conclusões sobre a revisão bibliográfica

A revisão bibliográfica permitiu perceber as diferentes posições do debate na área de drogas. Pode-se concluir que há um conjunto expressivo de programas que tomam a abstinência como objetivo final do tratamento e localizam as práticas de redução de danos em um terreno acessório, como uma alternativa possível para alguns casos em que usuário está no “fim da linha”. Assim várias restrições são apontadas em relação à adoção plena das práticas de redução de danos, sobretudo a falta de clareza conceitual e a escassez de evidências científicas.

Uma parcela dos trabalhos manifesta-se a favor da proposta de redução de danos, considerando-a como um movimento social importante para os usuários de drogas e para a sociedade, na construção coletiva das reflexões sobre as questões relacionadas às drogas. Outros aceitam a redução de danos apenas, como um dos elementos que fazem parte do tratamento e outros ainda argumentam que a redução de danos pode ser um forte articulador entre os serviços de saúde e os usuários que têm encontrado dificuldade para acessar esses serviços. Há posicionamentos que referenciam a redução de danos como ação de prevenção terciária.

Os trabalhos ressaltam a importância da redução de danos como forma de alcançar populações marginais/escondidas; a potencialidade das práticas de redução de danos para construir uma interação real entre o sujeito alvo da ação técnica e o próprio técnico, que desenvolve a ação; a

potencialidade de trazer para dentro dos serviços de saúde pessoas em situação de marginalidade, que se encontram “escondidas” em função de comportamentos socialmente condenáveis; a avaliação do serviço desenvolvido para usuários de drogas; a necessidade de organizar os serviços para prestar atenção integral e de acordo com suas necessidades, entre outras.

Diante da problematização trazida pela revisão da bibliografia sobre o tema, pôde-se formular um conjunto relativamente amplo de questões. Dentre elas, o presente trabalho concentrou-se em tentar responder às seguintes perguntas de pesquisa:

1. Quais as características dos usuários da URD?
2. A URD favorece o acesso dos usuários aos serviços de saúde?
3. Qual a repercussão na vida das pessoas das ações implantadas pelo URD?

Considerações Teóricas

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE REDUÇÃO DE DANOS

Avaliar uma intervenção em saúde à luz dos marcos teóricos da Saúde Coletiva, conforme se pretende neste trabalho, significa iluminar esse objeto com base em sua dimensão histórica e processual e analisá-lo sob uma perspectiva dialética, conforme orienta Breilh (1995).

Dessa forma, a primeira tarefa que se apresentou neste trabalho foi compreender a redução de danos como uma política pública desenvolvida no contexto social-político brasileiro atual. As estratégias de redução de danos iniciaram-se no Brasil por meio dos programas de troca de seringas, sendo o primeiro em Santos (SP) (Mesquita, 1994). Tratou-se de uma iniciativa isolada que por conta das políticas hegemônicas de cunho proibicionista, acabou por sofrer fortes oposições dos governantes brasileiros. O governo do Estado de São Paulo legalizou a troca de seringas somente em 1997 (Soares, Jacobi, 2000). Iniciativas anteriores, particularmente, na cidade de São Paulo, restringiam-se a locais específicos da cidade e a um conjunto relativamente pequeno de usuários de drogas (Reale, 1997; Brites, 1999).

Pode-se dizer que as questões contextuais e sociais que estavam mais diretamente relacionadas ao progresso das práticas de redução de danos relacionavam-se sobretudo: ao ponto de vista do Estado (saúde pública oficial), às envergadura e gravidade da epidemia da AIDS e do ponto de vista da sociedade civil, à mobilização social reunida em torno dessa questão (Canoletti, Soares, 2005).

Embora o contexto dos anos 90 fale de reversão importante nos padrões de proteção social e no aumento acentuado da desigualdade em função da globalização neoliberal no mundo todo (Borón, 1995) e, particularmente, no Brasil (Soares, 1999; Bravo, Pereira, 2001; Santos, 1998), as práticas públicas de redução de danos tiveram algum avanço no

sentido quantitativo, com a implementação de dezenas de programas, conforme visto na revisão bibliográfica, em especial, por meio do trabalho de Fonseca (2005).

É preciso compreender o quadro contemporâneo das políticas públicas de saúde, de maneira geral, para tentar perceber a dimensão qualitativa das práticas de redução de danos no Brasil atual e sua inserção no quadro das políticas sociais públicas em geral e de saúde em particular.

No Brasil, o direito à saúde é um direito social expresso nos artigos 6 e 196 da Constituição Federal/1988, que marca a ampliação da proteção social à saúde para um padrão universal e igualitário a ser implementado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, desde sua formulação, colocou-se na contra-mão do projeto de globalização neoliberal que, fundamentado na desigualdade e opondo-se radicalmente à universalidade, incentiva políticas sociais focalizadas para os que não podem acessar o mercado e a compra da saúde como mercadoria para aqueles que podem pagar (Laurell, 1995).

Apesar das leis que regulamentam o SUS, a década de 90 marcou a aderência do Estado brasileiro ao “pacote mínimo” da saúde proposto pelos organismos internacionais (Misocsky, 1995), com a adoção de mecanismos de privatização impostos pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) que institui o Programa de Saúde da Família (PSF) para focalizar a atenção em grupos de risco, pela Lei das Organizações Sociais, pelo Programa de Publicização e pela regulamentação dos planos de saúde (Calipo, 2002).

O Estado deve então garantir um mínimo aos que não podem pagar, com políticas compensatórias, deixando para o setor privado a satisfação das necessidades daqueles que podem acessar o mercado (Bravo, Matos, 2001; Laurell, 1995).

Por seu turno, os efeitos da globalização neoliberal sobre as classes populares apontam para o agravamento das desigualdades, com um número expressivo de sujeitos vivendo de forma marginal, condenando “diariamente milhares de pessoas [concentradas nas periferias das grandes cidades] à marginalidade e ao desamparo” (Borón, 1995).

A proletarização que faz do salário o elemento central de sobrevivência, a concentração da população em centros urbanos, que rompe o vínculo imediato com a natureza como meio de subsistência; o desaparecimento das formas tradicionais de proteção social, que faz aparecer a insegurança social e a pobreza (Laurell, 1995, p.158).

Nos tempos atuais, um programa de redução de danos é encarado como uma política social pública focalizada em grupos de risco, objetivando diminuir danos decorrentes de atividades relacionadas ao consumo de drogas ou a práticas sexuais desprotegidas.

Como prática de natureza pública, é um programa que se encontra na arena das práticas de combate à pobreza recomendada pelos organismos multilaterais. Os participantes devem provar sua indigência para acessar os benefícios dos programas públicos (Laurell, 1995).

Para eles, os serviços sociais devem ser reduzidos e adequadamente focalizados para os segmentos de extrema pobreza, característica assumida pelas políticas sociais na América Latina, e no Brasil, como analisamos anteriormente, com destaque para os programas de transferência direta de renda (Raichelis, 2006).

Como prática de saúde, é um programa que se encontra no rol das atividades mínimas dirigidas a grupos de risco. E quem são as pessoas que compõem esse grupo? Quais são as características sociais desse grupo?

2.2 OS SUJEITOS DA REDUÇÃO DE DANOS

A segunda tarefa necessária para avaliar a URD de Santo André é compreender as comunalidades ou similitudes entre os sujeitos atendidos pelo programa que compõem o objeto deste estudo. Pode-se dizer em um primeiro olhar que são pessoas com uma existência de privações, crivada por violência, sofrimento, abandono e medo; pessoas que buscaram refúgio, sustento e engajamento em ocupações e hábitos que envolvem preconceito, estigma e apartação cujo *lócus* de trabalho e vida são as ruas e os locais “afamados” das grandes cidades; homens e mulheres adultos e adolescentes provenientes das classes sociais subalternas, sem alternativas

de trabalho, cuja oportunidade de vida está na prostituição ou na exploração sexual; pessoas sem domicílio fixo, rejeitadas dos círculos sociais mais comuns.

2.3 A “QUESTÃO SOCIAL”

O uso de expressões sociológicas para identificar as conseqüências das desigualdades sobre as classes subalternas - “questão social”, pobreza, marginalidade e exclusão social – diferencia-se de acordo com os marcos teóricos mais amplos de análise da realidade social e com os diferentes contextos históricos.

Neste trabalho, buscou-se a compreensão da problemática social que permeia o objeto de pesquisa em Netto (2001), que toma a vertente marxista de compreensão da realidade como parâmetro de análise da chamada “questão social”.

A expressão “questão social” começou a ser utilizada na terceira década do século XIX, para designar o fenômeno do *pauperismo* na Europa Ocidental, que sentia os reflexos da industrialização iniciada na Inglaterra no final do século XVIII. O *pauperismo* que afetava a classe trabalhadora era resultado do “capitalismo em seu estágio industrial-concorrencial”, um “fenômeno novo”. Embora a desigualdade de classes não fosse nova, pela primeira vez na história “*a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas*” (Netto, 2001, p.152-3).

Um paradoxo, pois quanto mais a sociedade produzia bens e serviços, maior era o número de integrantes que não tinha acesso a eles. O quadro tradicional de pobreza ligado à escassez transformava-se.

Entre os anos trinta e cinquenta do século XIX, o brutal *pauperismo* das camadas trabalhadoras urbanas, derivado diretamente da produção capitalista, impactou a consciência social européia e deu origem a uma larga e copiosa documentação. Intelectuais dos mais diversos matizes – reacionários e conservadores, liberais e democratas, reformadores e revolucionários – ocuparam-se do que então era designado por todos como “questão social” (Netto, 2008, p. 30).

Um intelectual marxista que se ocupou do tema foi Friedrich Engels, compondo o texto, que veio a se tornar clássico, *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*, em 1845. Nele o autor descreve a história da classe operária, iniciada com a invenção da máquina a vapor e das máquinas de processamento de algodão, que desencadearam a revolução industrial. De modo muito claro, demonstra como o capitalismo produziu a *pauperização* da classe trabalhadora.

De tudo isso resulta que, salvo nos curtos períodos de grande prosperidade, a indústria inglesa tem necessidade de uma reserva de trabalhadores desempregados precisamente para que possa produzir, durante os meses de maior atividade, a massa de mercadorias que o mercado reclama. Essa reserva é mais ou menos numerosa conforme a situação do mercado determine ou não a ocupação de parte dela. (...)

Se um industrial pode empregar 10 operários que trabalhem 9 horas por dia e a jornada for estendida para 10 horas, ele empregará só 9, deixando desocupado o décimo; e, num período em que a procura de operários não for grande ele pode, ameaçando com a demissão, obrigá-los a trabalhar uma hora a mais pelo mesmo salário - desempregando o décimo operário e economizando seus gastos salariais. (...)

Essa reserva - que durante as crises envolve uma enorme massa e, nos períodos que medeiam entre uma crise e outra, uma grande quantidade de trabalhadores - é a “população supérflua” da Inglaterra que arrasta uma existência penosa, mendigando e roubando, varrendo ruas e recolhendo imundícies, transportando coisas com um carrinho de mão ou um burro, fazendo comércio ambulante ou biscates. (...)

Afortunados são os supérfluos que conseguem arranjar um carrinho de mão e assim realizar alguns transportes; mais afortunados ainda são os que conseguem juntar dinheiro suficiente para comprar uma carroça e um burro. (...) A maior parte dos “supérfluos” dedica-se ao comércio ambulante. Especialmente nos sábados à noite, quando toda a população operária sai à rua, podem-se ver aqueles que vivem dessa atividade. Fitas, rendas, galões, laranjas, guloseimas, em resumo, todos os artigos imagináveis são oferecidos por homens, mulheres e crianças. (...)

O que resta a essa gente - quando não encontra trabalho e não se dispõe a rebelar-se contra a sociedade - senão mendigar? Não há pois porque assombrar-se com o exército de pedintes, a maioria homens em condições de trabalhar, com os quais a polícia está constantemente em guerra. (Engels, 2008, p. 122-7).

De acordo com Netto (2001), o *pauperismo* designou-se como “questão social” a partir de “desdobramentos sócio-políticos”, que puseram os *pauperizados* em choque com “a ordem burguesa”. Dessa forma, foi a revolução de 1848 que colocou, de um lado, os conservadores em posição

de engendrar o processo de naturalização da “questão social”, prescrevendo para o seu enfrentamento transformações que não afrontassem a propriedade privada dos meios de produção e conseqüentemente não perturbassem a ordem burguesa. De outro lado, com o processo de luta, as vanguardas trabalhadoras, puderam perceber que a “questão social” é uma conseqüência inexorável da ordem burguesa e sua transformação depende, portanto da supressão dessa ordem.

A partir de então o pensamento revolucionário não mais utilizou a expressão “questão social”, a não ser para identificar seu traço mistificador. Mas, o movimento dos trabalhadores teria um longo caminho a percorrer em relação à compreensão teórica da “questão social” (Netto, 2001, p. 156).

Foi Marx quem avançou na formulação de um quadro teórico capaz de explicar a “questão social”. Somente com a explicitação do processo de produção do capital, foi possível perceber que “a ‘questão social’ é constitutiva do desenvolvimento capitalista” (Netto, 2001, p. 157). Ela está determinada pela relação capital – trabalho, que, por sua vez, se fundamenta na exploração da força de trabalho. A exploração faz parte da formação social capitalista, assim como fez parte de outras formas de organização social antes da ordem burguesa. O diferenciador “é que a exploração se efetiva num marco de contradições e antagonismos que a tornam, pela primeira vez na história registrada, suprimível sem a supressão das condições nas quais se cria exponencialmente a riqueza social” (Netto, 2001, p. 158).

Nas sociedades anteriores à ordem burguesa, as desigualdades, as privações etc. decorriam de uma *escassez* que o baixo nível de desenvolvimento das forças produtivas não podia suprimir (e a que era correlato um componente ideal que legitimava as desigualdades, as privações etc.); na ordem burguesa constituída, decorrem de uma *escassez produzida socialmente*, de uma escassez que resulta necessariamente da contradição entre as forças produtivas (crescentemente socializadas) e as relações de produção (que garantem a apropriação privada do excedente e a decisão privada de sua destinação). A “questão social”, nesta perspectiva teórico-analítica, não tem nada a ver com o desdobramento de problemas sociais que a ordem burguesa herdou ou com *traços invariáveis da sociedade humana*; tem a ver exclusivamente com a sociabilidade erguida sob o comando do capital (Netto, 2001, p. 158).

Com os mecanismos de reconstrução econômica e social que tomaram a cena européia, após a Segunda Guerra Mundial, houve um período de intenso crescimento econômico, chefiado pelos Estados Unidos da América. Com a adoção do Estado de bem-estar social na Europa, a “questão social” ficou esquecida e vista como problema da periferia capitalista (Netto, 2001, p. 159).

No início dos anos 70, esgotou-se a onda longa expansiva da dinâmica capitalista e foi preciso uma “ofensiva política e econômica do capital” para dar resposta a essa nova crise do capital. Dessa forma, o projeto econômico, político e ideológico do neoliberalismo impôs o fim do Estado de bem-estar social, o extermínio de todas as formas de proteção social sobre o trabalho e de regulação do capital, assegurou que o processo de globalização transformasse o mundo do trabalho em um mundo de *flexibilização*, gerador de insegurança e medo, e de forma bárbara instituiu uma “nova pobreza, a chamada “exclusão social” e a “nova questão social”.

Assim, para Netto (2001) não há uma “nova questão social”, mas a emergência de novas expressões da velha “questão social”, inerente à formação social capitalista.

A dinâmica societária específica dessa ordem não só põe e repõe os corolários da exploração que a constitui medularmente: a cada novo estágio de seu desenvolvimento, ela instaura expressões sócio-humanas diferenciadas e mais complexas, correspondentes à intensificação da exploração que é sua razão de ser (Netto, 2001, p. 160).

Conforme Netto (2001, p. 161), o problema teórico está em determinar “a relação entre as expressões emergentes e as modalidades imperantes de exploração”, levando em conta “a lei geral de acumulação capitalista”. É preciso compreender a “questão social” no capitalismo contemporâneo.

2.4 MARGINALIDADE E EXCLUSÃO: NOVAS MANIFESTAÇÕES DA “QUESTÃO SOCIAL”?

Diversos estudiosos do tema da pobreza vêm se debruçando nos séculos XX e XXI sobre o tema das novas manifestações da “questão social”. Entre eles, alguns estudiosos franceses, cujos trabalhos circulam entre nós como os do sociólogo Robert Castel (1997a, 1997b) e o de Michel Autès (1995) e vários brasileiros (Nascimento, 1994; Martins, 1997; Sposati, 1997; Wanderley, 1999; Escorel, 1999; Kowarick, 2000; Yasbek, 2001; Maiolino, Mancebo, 2005; Stotz, 2005; Raichelis, 2006), entre tantos.

Para nortear a apresentação dessa problemática, tomaram-se como referências iniciais o artigo de Castel (1997), que tem como eixo as políticas de proteção social que advém das “diversas abordagens que buscam explicar o fenômeno da marginalidade e da exclusão social”, e o de Maiolino e Mancebo (2005), que discute a “produção acadêmica sobre a temática da exclusão, verificando suas enunciações e usos, ao longo dos últimos 30 anos”, apoiado na realidade brasileira.

De acordo com Castel (1997b), embora a explicação mais comum dos fenômenos de marginalidade e exclusão encontre-se na abordagem “economicista”, ou seja, é a pobreza que produz a marginalidade, ela não dá conta sozinha de todos os casos de marginalidade e exclusão, uma vez que historicamente é possível perceber uma “indigência integrada”, que não se configura como marginalidade. Era o caso do campesinato e dos artesãos das sociedades pré-industriais que viviam no limiar da pobreza, mas não dependiam de uma política social. Nesse contexto somente os vagabundos eram considerados marginalizados.

Outra abordagem, a técnico-clínica, classifica a marginalidade pelo grau de dependência que as pessoas historicamente vêm apresentando de serviços sociais - inválidos, indigentes, crianças abandonadas, viúvas e outros idosos desamparados, doentes mentais, delinqüentes e dependentes de drogas. “Hoje somos tentados a incluir aí os desempregados de longa duração, os jovens dessocializados, as famílias monoparentais, podendo ampliar-se esta lista infinitamente”. O autor considera essa categorização

também limitada, uma vez que além de ter um forte componente estigmatizante, exclui novas formas de marginalidade. Alguns casos citados por Castel (1997b, p. 22):

Assim, certos jovens que povoam subúrbios deserdados em torno das grandes cidades são de modo geral, simultânea ou sucessivamente um pouco delinquentes, um pouco toxicômanos, um pouco vagabundos, um pouco desempregados ou um pouco trabalhadores precários (Dubet, 1986 citado por Castel, 1997b). Nenhum desses rótulos lhes convém exatamente. Raramente eles se instalam de forma permanente nesses estados, mas circulam de um a outro.

Diante dessas limitações, Castel (1997b) propõe uma nova abordagem que denomina como transversal e que se desenvolve a partir da mesma pergunta que se fez ao iniciar este trabalho: o que essas pessoas têm em comum? Para o autor, a marginalidade vai se constituindo por conta de um processo de desligamento de duas faces, uma que se refere ao trabalho e outra que se refere à inserção relacional. A partir de diferentes gradações desses desligamentos, Castel propõe uma classificação: zona de integração (trabalho estável e forte inserção relacional, que sempre estão juntos), zona de vulnerabilidade (trabalho precário e fragilidade dos apoios relacionais) e zona de marginalidade ou de desfiliação (ausência de trabalho e isolamento relacional).

Para dar conta de ler a situação de marginalidade atual, o autor compõe 3 situações qualitativamente diferentes: a “pobreza integrada” (trabalhadores pobres) a “indigência integrada” (pessoas que podem contar com alguma forma de apoio) e a “indigência desfilada”, marginalizada ou excluída (pessoas que não têm trabalho ou apoio social).

O texto de Maiolino e Mancebo (2005) está preocupado com a dualidade apresentada em diferentes análises acadêmicas ou da mídia para caracterizar o tecido urbano atual, considerando-a simplificadora da realidade das cidades. Assim, as autoras iniciam a análise pelos textos produzidos na década de 70, assinalando a existência do artigo de “Anibal Quijano, publicado primeiramente em outubro de 1966, para uma discussão interna da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe”, em que o autor explicita que a expressão marginalidade “introduziu-se em nosso

meio como referência a certos problemas surgidos no processo de urbanização posterior à Segunda Guerra Mundial”. Com a urbanização acelerada e desigual, as periferias das grandes cidades da América Latina receberam enormes contingentes de pessoas consideradas ‘sub-standard’, chamadas de populações marginais, moradoras de bairros marginais.

Na década de 1970, a perspectiva denominada de estruturalista histórica concentrava, em oposição à estrutural funcionalista, os debates sobre a marginalidade. Para a corrente estruturalista histórica, marginalidade e integração social ocorrem de maneira conflituosa e descontínua e nada tem a ver com algum desequilíbrio do sistema, que caracterizariam a perspectiva dualista do funcionalismo. Assim, apoiando-se no trabalho de Kowarick (1975), da época, as autoras explicam que, nessa abordagem, a causa da marginalidade está na base econômica da sociedade, ou seja, as pessoas que vieram ocupar as periferias das grandes cidades industrializadas constituem o exército industrial de reserva, componente inerente ao modo de produção capitalista, conforme visto anteriormente (Maiolino, Mancebo, 2005).

Dessa forma, para o estruturalismo histórico, o equacionamento se daria remetendo a utilização do termo ao processo de inserção ou não dos trabalhadores no sistema produtivo capitalista (Maiolino, Mancebo, 2005). Pode-se dizer então que o termo marginalidade, da perspectiva marxista, tomada neste trabalho como marco teórico de análise, refere-se às formas de inserção dos trabalhadores no modo produtivo capitalista periférico.

Em resumo, o esforço central da análise era compreender a marginalidade no âmbito da estrutura do capitalismo, desprezando, até certo ponto, as análises que identificavam o centro do problema na questão da integração ou não integração em seus aspectos psíquicos e sociais ou mesmo na avaliação da produção da pobreza e dos poderes de consumo desta ou daquela parcela das populações (Maiolino, Mancebo, 2005, p. 16).

Na década de 80, com a transição democrática e a ascensão dos movimentos sociais, a discussão sobre marginalidade direcionou-se para a impossibilidade dos grupos provenientes das classes subalternas de participar do desenvolvimento econômico e dessa forma acessar os bens

socialmente produzidos, em especial, acessar a infra-estrutura urbana e tudo que socialmente a cidade traz. Tendo Milton Santos como um autor emblemático dessa época, a marginalidade foi traduzida muito mais como uma “cidadania limitada” (Maiolino, Mancebo, 2005, p. 16).

Milton Santos (1987) é emblemático nessa discussão e, de certo modo, pode ser tomado como uma síntese das discussões críticas do período. Por um lado, o autor chamava atenção para o direito que o cidadão deveria ter à mobilidade espacial e ao acesso a serviços públicos, questionando assim a *fixação* da pobreza em determinados espaços. Ao mesmo tempo, advogava o direito do cidadão permanecer no seu *lugar identitário*, criticando com isso a descaracterização de bairros, a expulsão de favelados, os despejos e o “nomadismo sem direito às raízes” (Véras, 1999, p. 33), tão próprio das políticas urbanas atreladas aos interesses do mercado e do capitalismo predatório. Assim, Santos destacava dois aspectos, aparentemente contraditórios, das dinâmicas urbanas, mas que apresentam em comum o fato de remeterem à defesa da cidadania, marca principal das discussões dessa década.

Sob influência da literatura francesa principalmente, na década de 90, populariza-se o uso do termo exclusão social em função das repercussões do projeto de globalização neoliberal que precarizou o trabalho, suprimiu as formas de sociabilidade vigentes e destruiu o Estado de bem estar social e as perspectivas latino-americanas de implementá-lo. A noção de exclusão parece ter caminhado junto com o retorno do conceito de sociedade dual - pobres cada vez mais pobres de um lado e concentração de renda formando enormes oligopólios de outro. As noções de exclusão ou apartação trazem a idéia de partição e de separação, como se em vez de exército industrial de reserva – necessário ao funcionamento do sistema – se tivesse colocado a “idéia de estorvo, a imputação de uma sub-humanidade aos grupos”, sem possibilidade de participação na riqueza socialmente produzida (Maiolino, Mancebo, 2005).

De acordo com a compilação feita pelas autoras citadas, para os autores da exclusão, o mundo globalizado seria responsável por restringir a mobilidade social ascendente, e ao contrário, seria também responsável por jogar parcelas cada vez maiores da população na escala descendente. Por seu turno, a utilização da expressão exclusão teria um sentido contra-ideológico, de denúncia da barbárie imposta pela globalização, malgrado as

imprecisões conceituais que acompanham o termo. A exclusão que ocorre contemporaneamente parece criar indivíduos inteiramente desnecessários ao mundo do trabalho.

A situação atual é ainda mais grave porque a partir da década de 80 a reestruturação produtiva envolveu enxugamento de quadros, flexibilização do trabalho, sendo fechados no Brasil milhares de postos de trabalho, principalmente formais. Cerca de 1 milhão e meio de empregos foram eliminados entre 1989 e 1996. Não resta dúvida de que o capitalismo contemporâneo é excludente uma vez que um enorme contingente de pessoas está completamente impossibilitado de integrar-se no trabalho (Stotz, 2005).

Stotz (2005) mostra como as atuais formas de acumulação capitalista agravaram ainda mais as desigualdades: o desenvolvimento tecnológico tem sido tão magistral nos últimos 50 anos, permitindo índices de produtividade no trabalho jamais vistos. O capital das empresas se concentra e elas podem comprar empresas menores formando grandes oligopólios. Esses mecanismos elevam as taxas de lucro e as empresas acabam por ter sistemas próprios de financiamento, ou associam-se a grandes bancos. A exportação do capital torna a acumulação um fenômeno mundial. Sob a hegemonia das empresas americanas, o capital vem para países como o Brasil para buscar novos mercados e para arregimentar força de trabalho barata. A renda dos trabalhadores vai historicamente se deprimindo.

Alguns vão ser incorporados ao mundo do trabalho através da terceirização, outros através de cooperativas. Mas há um contingente enorme de trabalhadores que não consegue se inserir na produção, essa população “sobrante” ou “excedente” engrossa as fileiras dos vendedores ou prestadores de serviços autônomos, enchendo as ruas das grandes cidades de pequenas barracas de produtos baratos, mercadorias produzidas sob forte exploração. Uma outra parte vai enfileirar-se no crime organizado, comercializando drogas ilícitas, mecanismo que torna a existência dos jovens das periferias muito mais curtas e trágicas. Assim, como resultado direto do desemprego ou subemprego, do arrocho salarial e de medidas

fiscais regressivas, o neoliberalismo provoca um processo maciço de empobrecimento e uma crescente polarização entre ricos e pobres (Laurell, 1995, p. 174).

Os excluídos podem ser os moradores de rua, os desempregados, os pobres, os moradores da periferia, os negros, os homossexuais, os deficientes, os sem-teto, os sem-terra, os meninos de rua, entre outros (Maiolino, Mancebo, 2005). Quaisquer que sejam eles, muitos teóricos concordam que o núcleo duro da problemática é uma certa mudança de natureza em relação à “questão social” que caracterizou o operariado do século XIX.

Castel (1995) adverte para a armadilha que o uso da expressão exclusão pode conter, na medida em que, por um lado, trata superficialmente da análise dos processos globais que geram a exclusão social e, por outro, encobre a especificidade de situações muito diversas que passam a serem tratadas da mesma forma.

Como Castel, Martins (1997, p. 15) reconhece a fragilidade da expressão exclusão social, apontando para "*certa fetichização da idéia de exclusão* e certo reducionismo interpretativo que suprime as mediações que se interpõem entre a economia propriamente dita e outros níveis e dimensões da realidade social". Na opinião do autor, a exclusão é “transformada numa palavra mágica que explicaria tudo”.

Esta atenção, esta dificuldade - a palavra exclusão indica uma dificuldade, mas que uma certeza - revela uma incerteza no conhecimento que se pode ter a respeito daquilo que constitui o objeto de nossa preocupação - a preocupação com os pobres, os marginalizados, os excluídos, os que estão procurando identidade e um lugar aceitável na sociedade. Portanto, a palavra exclusão nos fala, possivelmente, de um lado, da necessidade prática de uma compreensão nova daquilo que, não faz muito, todos chamávamos de *pobreza*.

Elimar Pinheiro do Nascimento levanta considerações sobre a exclusão social em nossos dias, concluindo que a tendência atual é a de considerar o grupo de excluídos um grupo economicamente dispensável, ou seja, um grupo que compõe um exército de reserva que pode ser eliminado, pois não será acionado para participar do mercado de trabalho.

Assim, a nova exclusão social se constrói num processo simultaneamente econômico, com expulsão do mundo do trabalho, cultural, pela representação específica de não reconhecimento ou negação de direitos, e social, através da ruptura de vínculos societários e, por vezes, comunitários (...).

O que há de novo nesse processo, para a questão que aqui analiso, é que um contingente cada vez maior de pessoas transforma-se de exército de reserva em lixo industrial. Não apenas não tem trabalho ou capacidade de gerar renda suficiente como não tem as qualidades requeridas para nele ingressar. (...)

Finalmente posso anunciar a hipótese central e derradeira: o nosso processo de desenvolvimento tende a produzir um novo tipo de exclusão social cujo resultado será a transformação do **incluído incômodo**, o pobre que alcançou estatuto de eleitor, no **excluído perigoso**, desnecessário do ponto de vista econômico (não se trata mais de exército de reserva, pois não tem mais condições de ingressar no mercado de trabalho) e ameaçador, do ponto de vista social, pois transgressor das leis (...) O excluído moderno é, assim, um grupo social que se torna economicamente desnecessário, politicamente incômodo e socialmente ameaçador, podendo, portanto, ser fisicamente eliminado (...).

A produção de novos excluídos parece ser o sinal mais evidente de que a questão social mudou de natureza. Gradativamente ela abandona o berço do século XIX, em que nasceu como questão operária, para assumir contornos ainda indefinidos, de restrição à exclusão social (Nascimento, 1994, p. 35-45).

Uma das características peculiares da noção de exclusão contemporânea é a existência de uma “degradação em relação a uma posição anterior”.

Assim é a situação de vulnerabilidade de quem vive de um trabalho precário, ou que ocupa uma moradia de onde pode ser expulso se não cumprir os seus compromissos. Frequentemente mesmo aquele que está em situação de risco, poderia parecer perfeitamente integrado graças a um trabalho estável e a uma boa qualificação profissional, mas uma dispensa no trabalho fez com que perdesse essas proteções. (...) Sujeitos integrados tornam-se vulneráveis, particularmente em razão da precarização das relações de trabalho, e as vulnerabilidades oscilam cotidianamente para aquilo que chamamos de “exclusão” (Castel, 1997a, p. 4).

A exclusão na sociedade brasileira vem sendo alimentada cada vez mais pelo neoliberalismo, que provoca o distanciamento entre a “elite dominante e a massa de desempregados, subempregados, segmentos que vão sofrendo contínuas perdas sem qualquer possibilidade de reversão de tal quadro sob a lógica neoliberal sustentada na exclusão” (Sposati, 1997, p. 30).

Em situação de exclusão, os indivíduos se desenvolvem em condições adversas que não lhes permite lutar de forma igualitária com outros sujeitos pela inserção no mercado de trabalho, na busca de saúde, educação, habitação, ficando, portanto à margem do sistema de produção. Mir (2004), ao discutir as causas e conseqüências da pobreza no Brasil, conclui entre outras coisas que:

As famílias desagregam-se sob pressão da penúria. Os homens, incapazes de se conformar com sua incapacidade de obter rendas adequadas em conjunturas econômicas difíceis, recorrem ao alcoolismo ou à violência doméstica, o que leva ao rompimento da estrutura familiar. Em contraste, as mulheres tendem a engolir o seu orgulho e fazer trabalhos humilhantes ou qualquer coisa que coloque comida na mesa para os filhos e maridos (Mir, 2005, p.306).

Guimarães, Melazzo, Guimarães e Magaldi (2002) trazem um outro aspecto à tona no que se refere ao conceito de exclusão, que é sua relação com a esfera pública. As relações de poder produzem e reproduzem a pobreza, a desigualdade e a exclusão de grupos sociais, mediadas pelo Estado, que poderá decidir-se por implementar ou não políticas sociais, a depender da correlação de forças,

Escorel (1999) explica que pós Constituição de 88 ocorre uma “cidadanização” seletiva visto que os pobres, mergulhados que estão na luta pela sobrevivência, têm dificuldades para se fazer representar e acessar direitos de cidadania.

Mesmo que os pobres estabeleçam relações complexas com o resto da sociedade, não gozam dos direitos que outros gozam para o desenvolvimento de suas capacidades (Mir, 2004).

Vimos anteriormente que o Estado brasileiro, a partir da década de 90, passou a levar a cabo as políticas restritivas estabelecidas pelos organismos internacionais e a focalizar a atenção notadamente na área da saúde em grupos de risco, como são considerados os usuários da URD. Assim, o Estado está fazendo algum esforço em acessar esses “excedentes” exatamente porque suas atividades os colocam no chamado grupo de risco.

Neste trabalho, diante das considerações teóricas adotadas, os usuários da URD sob análise serão tomados como pessoas que encontram-se na posição de “sobrantes” ou “excedentes”. São duplamente marginalizados, seja pela sua posição de ganhar a vida através de atividades consideradas ilegais ou ainda por exibir comportamentos considerados “desviantes”, seja pela sua posição de participar de um exército de reserva que tem pouca ou nenhuma chance de ser acionado pelo sistema produtivo. Estigmatizados procuram compensações para uma vida de “desencaixe”. Embora afastados do trabalho formal socialmente aceito, essa população participa da sociedade na medida em que consome, mas continua às margens do sistema produtivo.

E como fala Martins (1997, p. 36): “As pessoas podem ter dinheiro (e até muito dinheiro decorrente de atividades ilícitas), mas estão à margem. Cresce entre os pobres a consciência de que para eles não há justiça (o que parece explicar o crescente número de linchamentos). São tratados como cidadãos de segunda classe e sabem disso.”

Milton Santos relaciona cidadania com ocupação do território, mostrando clara incompatibilidade entre cidadania e capitalismo social de classes. Um número considerável de pessoas no país não sabe sequer que é cidadão ou desconhece seus direitos - direito à moradia, à alimentação, à educação, à saúde, à proteção contra o frio, à chuva, as intempéries; direito ao trabalho, à justiça, à liberdade e a uma existência digna (Santos, 1998, p. 7).

A organização do espaço determina o alcance do cidadão.

grandes e brutais migrações, muito mais migrações de consumo que de trabalho, esvaziamento demográfico em inúmeras regiões, concentração da população em crescimento em algumas poucas áreas, sobretudo urbanas, com a formação de grandes metrópoles em todas as regiões e a constituição de uma verdadeira megalópole do tipo brasileiro no Sudeste. (...) para limitar mais do que para facilitar minha ação, tornando-me impotente diante da multiplicidade das coisas que me cercam e de que posso dispor (Santos, 1998, p. 15).

A cada momento o cidadão é “abandonado a sua própria sorte”. Tratados como desiguais, sem direitos, alienados e manipuláveis “os

desiguais institucionais, o negro, o nordestino, as mulheres”, dentre outros (Santos, 1998, p. 20).

E na busca por espaço físico e como cidadão, e também como consumidor, as pessoas têm se mobilizado de suas terras de origem para os grandes centros urbanos, almejando uma melhor colocação, uma melhor situação econômica, social, educacional, uma situação de vida melhor com menos fragilidade e miséria. O espaço vivido é então um espaço que não é para o cidadão, mas um espaço para as mazelas do sistema econômico produtivo reproduzir suas desigualdades e para acumulação de bens e serviços cada vez mais para um grupo seleto da sociedade que não é com certeza a maioria da população empobrecida “A lei é a do processo produtivo, cujos resultados ofendem, expulsam e desenraizam as pessoas, e não a lei que assegure o direito à cidade ou, ao menos, o direito ao entorno” (Santos, 1998, p. 74).

o espaço também contribui para que, no sistema capitalista, o desenvolvimento das forças produtivas e a expansão da divisão do trabalho sejam paralelos à formação de uma estrutura de classes que separa, de um lado, os proprietários dos bens de produção, e, de outro, os portadores da força de trabalho e, igualmente, os que se beneficiam da mais-valia coletivamente realizada dos que, com menos recompensa, a realizam (Santos, 1998, p. 91).

Em lugar de se tornar o desejado instrumento de igualdade individual e de fortalecimento da cidadania, o território manterá o seu papel atualmente perverso, não apenas alojando, mas na verdade criando cidadãos desiguais, não apenas pelo seu lugar na produção, mas também em função do lugar onde vivem Santos (1998, p. 106).

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a Unidade de Redução de Danos (URD) de Santo André.

3.2 ESPECÍFICOS

- Compreender a situação familiar, de trabalho e de vida dos usuários.
- Verificar como os usuários avaliam a URD.
- Analisar as repercussões da URD na vida dos usuários.

Procedimientos Metodológicos

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa estratégica de natureza avaliativa que utilizou métodos qualitativos para apreensão do objeto.

Por "Pesquisa Estratégica" entendemos aquela que se fundamenta nas teorias das ciências sociais, mas têm como principal objetivo esclarecer determinados aspectos da realidade para a ação das políticas públicas. Seus instrumentos são freqüentemente interdisciplinares e seus resultados se encaminham, para a solução de problemas. (...)

É importante introduzir nos programas estabelecidos pela medicina oficial o ponto de vista dos grupos sociais-alvo, admitindo seu nível de racionalidade. Tendo como objeto-sujeito de seus estudos a cultura dos grupos dominados, em relação ao fenômeno saúde-doença, essas pesquisas contrapõem ao campo da dominação, a relativização das culturas, a lógica interna dos diferentes segmentos sociais, sua contribuição para a sociedade e os motivos de sua resistência ao que lhes é imposto. O respeito ao ponto de vista da população-alvo se dá, portanto, não como estratégia de dominação, mas para modificar os pontos de estrangulamento dos serviços a que ela tem direito e que deve reivindicar. É sobre esse objetivo que se redefine o conceito de política social: ela não é vista apenas como uma ação de estado em direção à população, mas como um direito para o qual ela deve opinar em termos de efetividade e qualidade (Minayo, 2004, p. 236).

Nessa perspectiva, tomou-se emprestado da área da educação os fundamentos da chamada avaliação iluminativa já aplicada à avaliação de programas de educação em saúde na área de drogas e AIDS (Soares, 1997). Para Parlett e Hamilton (1982), os objetivos da chamada avaliação iluminativa são os de estudar qualquer programa inovador, o que condiz com os objetivos deste estudo, uma vez que o programa a ser avaliado reúne características de um programa inovador, que tem apenas 5 anos de funcionamento e responde a um problema contemporâneo de complexidade notável.

A pesquisa sobre inovação pode ser esclarecedora tanto para os que a formulam quanto para a comunidade acadêmica, ajudando os

trabalhadores e outros interessados a identificarem os instrumentos e demais elementos do trabalho. A pesquisa avaliativa não é um pacote metodológico padronizado, mas é uma estratégia geral de investigação. A escolha das ferramentas de pesquisa deriva das decisões tomadas em cada caso. Dessa forma, nenhum método é utilizado de forma isolada ou aleatória. Diferentes técnicas são combinadas para esclarecer um problema, além de focar o problema sob diferentes pontos de vistas. O entrevistador deve familiarizar-se com a rotina cotidiana da situação que estuda (Parlett, Hamilton, 1982).

A finalidade dos estudos avaliativos é contribuir para a tomada de decisões e o resultado do trabalho pode ser encaminhado e discutido com os participantes do programa, com os que financiam ou supervisionam o programa ou pessoal externo interessado.

4.2 CAMPO DE ESTUDO E SUJEITOS DE PESQUISA

A URD desenvolve parte considerável de suas atividades no território onde comumente os redutores podem acessar os usuários do programa - o campo. Os campos são abertos de 3 formas: 1) a partir de demanda dos usuários, que indicam novos campos; 2) a partir da percepção dos redutores de danos que observam os territórios e percebem a necessidade de ações em locais específicos; 3) por solicitação das unidades de saúde. Os campos se subdividem em: 1) dos profissionais do sexo feminino - ruas ou nas casas de shows eróticos; 2) dos usuários de drogas - fábricas abandonadas, viadutos e pontes; 3) dos michês que se concentram mais em alguns parques da cidade ou nas imediações do fórum da cidade; 4) das adolescentes em situação de exploração sexual – mesmo espaço dos usuários de drogas e em pontos específicos de prostituição (elas não transitam muito nos campos das profissionais do sexo mais velhas, pois não são aceitas por causa da questão legal que envolve os adolescentes e a exploração sexual); 5) dos jovens que ficam se divertindo em parques, usando ou não drogas - se concentram jovens da periferia e estudantes, que

depois das aulas, ficam conversando e se divertindo com os colegas de escola; 6) das mulheres lésbicas que freqüentam um dos parques e fazem programas sexuais, dividindo o espaço apenas com as mulheres mais amadurecidas; 7) dos HSH, mais concentrados em alguns parques da cidade; 8) das travestis se encontram na sua maioria no campo da prostituição, que se localiza mais nas grandes avenidas da cidade, sendo que são poucas travestis que dividem os campos com as mulheres. Estão geralmente em campos próximos. Existe um campo onde se tem a presença de travestis em condições de mais marginalidade que se concentram perto da saída da cidade.

Os sujeitos desta pesquisa fazem parte da população referida pela URD, tendo sido selecionados a partir da vinculação de pelo menos 1 ano com a unidade; foram acessados durante visita ao campo onde são geralmente contatados para as ações do programa e convidados pelos redutores de danos a participarem voluntariamente da pesquisa.

O critério de eleição acompanhou as categorias de usuários encontrados nos diferentes campos, convidando-se 2 representantes de cada categoria: profissionais do sexo feminino que se encontram trabalhando nas ruas e nas casas de programas sexuais, travestis, adolescentes em situação de exploração sexual, homens que fazem sexo com homens, lésbicas, transexuais, gays e usuários de drogas.

No total, foram entrevistados 19 usuários, sendo que: somente 1 não cumpria o critério de pelo menos 1 ano de vinculação com o programa; entrevistou-se 1 transexual, única acompanhada pelo programa; desconsiderou-se a entrevista de 1 usuário de drogas, em função da dificuldade do entrevistado em comunicar-se e compreender as perguntas da entrevista, tratando-se de um usuário da saúde mental com sérias limitações cognitivas; embora se tivesse previsto a realização de entrevistas com os freqüentadores de “cinema de pegação”¹⁰, isso não foi possível em função do fechamento do local; todos os entrevistados tinham mais que 18 anos no momento da entrevista; os mais novos, um de 18 e outro de 19

---

¹⁰ Local de encontro para práticas sexuais.

anos, estavam em contato com o programa há 1 ano e 3 meses e 5 anos respectivamente, sendo estes considerados como adolescentes neste trabalho.

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Esta pesquisa utilizou a entrevista semi-estruturada, que permite que se combinem perguntas fechadas e abertas (Anexo I), possibilitando ao pesquisador vários ângulos de apreensão do objeto. O entrevistado, por seu turno, teve a possibilidade de manifestar-se de forma espontânea e, portanto mais produtiva para a pesquisa, uma vez que entrevistador e entrevistado tiveram a possibilidade de estabelecer uma relação horizontal, pessoal e humana.

Através do depoimento oral, busca o pesquisador obter o testemunho do entrevistado sobre sua vivência em determinadas situações ou participação em determinadas instituições que se quer estudar, observando-se que, nas ciências sociais, o depoimento não tem o sentido de estabelecimento da verdade, mas de conhecimento de uma versão devidamente qualificada (Lang, 2001, p. 96).

As especificidades das ações da URD relativas aos diferentes tipos de usuários do programa foram levadas em consideração no roteiro de entrevista que contou com perguntas específicas. De maneira geral, o roteiro de entrevista contemplou os seguintes aspectos: perfil demográfico, perfil sócio-econômico; suporte sócio-familiar existente; idade de início da prostituição ou situação de exploração sexual; situação do consumo de drogas; dificuldades do usuário quando busca atendimento em serviços de saúde; acesso dos usuários à rede sócio-assistencial; percepções dos usuários sobre os serviços dessa rede e sobre a URD; mudanças no trabalho e na vida; atenção às necessidades de saúde dos usuários; participação em associações; lazer realizado pelo usuário.

As entrevistas realizadas foram gravadas com o consentimento dos usuários, e tiveram a duração de cerca de 1 hora, período que foi pactuado com os usuários antes da realização da entrevista.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa seguiu as diretrizes da resolução 196/96, e foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) e do Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Santo André (Anexo II e III).

Aos entrevistados foi esclarecido que a participação na pesquisa era voluntária e que não teriam quaisquer problemas por referência a sua assistência à saúde caso não participassem. Os participantes tomaram conhecimento de que a participação não seria remunerada e que por outro lado não acarretaria em nenhum ônus para eles.

Um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo IV) foi assinado pelos entrevistados. Este termo foi assinado também pelo pesquisador responsável. Cada participante recebeu uma cópia do termo. Constou do termo: os objetivos da pesquisa, permissão para publicação e garantia de sigilo e confidencialidade, além de outras formas de segurança previstas na Lei 196.

O local de realização da pesquisa foi escolhido pelos participantes. Como local protegido para a realização das entrevistas, foram sugeridos os Centros de Convivências da região. Os participantes foram consultados sobre a gravação da entrevista.

Foi solicitada autorização da Diretora do Departamento de Assistência a Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Santo André para a coleta de dados (Anexo V).

Foi solicitada autorização do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente para a realização das entrevistas com adolescentes que são acompanhadas pela URD. Esta autorização foi concedida (Anexo VI).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados pela técnica qualitativa foi temática, a partir da indicação de Bardin (1977) sobre análise de conteúdo:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obterem indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens (Bardin, 1977, p.160).

Este projeto tomou também em consideração as orientações de Demartini (2001), para quem a análise constitui um processo contínuo de ajustes. Assim foram cumpridas as seguintes etapas: captação das entrevistas individuais pela pesquisadora; transcrição literal das entrevistas na íntegra pela própria pesquisadora ou com a ajuda de um especialista em transcrição; realização de várias leituras de cada entrevista individual; fichamento das entrevistas, digitando-se na margem do texto os temas e sub-temas de acordo com as questões e problemas previamente formulados; fragmentação dos discursos num processo de construção de unidades de significação ou temas, com a finalidade de organização e interpretação de seu conteúdo; atente-se para o fato de que muitos excertos das entrevistas referiam-se concomitantemente a diferentes temas e finalmente organização do relatório de acordo com os seguintes temas que vieram à tona a partir da análise de conteúdo: família, trabalho, vida, avaliação da Unidade de Redução de Danos (URD) e relação com drogas.

Resultados e Análise

5 RESULTADOS E ANÁLISE

5.1 OS SUJEITOS DE PESQUISA

Optou-se nesta pesquisa por apresentar os 19 entrevistados através de pequenas súmulas que sintetizam os dados obtidos no formulário de questões fechadas. Dessa forma, a seguir serão apresentadas, de maneira sintética, algumas características que, em certa medida, descrevem os participantes. Para isso e sempre que houver referências aos sujeitos de pesquisa serão utilizadas as denominações E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18 e E19, distribuídas entre os participantes de forma aleatória.

E1 - A entrevistada tem 39 anos, comunica-se de maneira tranqüila, mas firme. Atribuiu-se a cor parda. Tendo nascido em São Paulo, completou o ensino fundamental através de supletivo. Fala muito pouco do seu relacionamento com os pais, apenas que o considera *regular*. Na adolescência viveu na Bahia com sua avó. Faz programa há 10 anos, mas o que recebe pelos programas não é suficiente para sua subsistência. A mãe e a filha são crentes e não aceitavam sua profissão. Por esse motivo, sua filha não mora mais com ela. Não tem ninguém próximo que a ajude e para complementar a renda, trabalha como faxineira, ocupação que já exercia antes de ser trabalhadora do sexo. É separada e vive com seus dois filhos e a companheira atual, em casa própria. Não tem qualquer forma de lazer ou diversão. Usa cocaína desde os 15 anos e na sua utilização já compartilhou cédula de dinheiro; fuma tabaco e já experimentou álcool, mas não gosta. Refere ter sofrido violência sexual, por ser “garota de programa”, bem como violência moral, por ser homossexual. Faz parte da Unidade de Redução de Danos há 3 anos, tendo com isso passado a cuidar mais de sua saúde e a fazer uso de camisinha.

E2 - O entrevistado é um rapaz de 25 anos, natural de São Paulo, que se reconhece indígena. Concluiu o ensino fundamental. Mostra-se muito magoado com a família, que dele subtraiu toda a herança que o pai deixou, como a casa onde vivia. Desde então vive na rua. Durante a entrevista demonstrou muita tristeza com *a vida que tem levado*, sem condições mínimas de sobrevivência digna. Atualmente, abriga-se em uma fábrica abandonada cujo prédio encontra-se à venda. O proprietário autorizou sua permanência e a de um amigo até que a propriedade seja vendida. Sustenta-se através da guarda de carros nas ruas e recolhendo papelão e materiais recicláveis, com um carrinho de mão. Não tem outra fonte de renda, nem recebe qualquer ajuda. Como forma de lazer brinca com uma cachorra e uns gatos, considerando-os mesmo como família. Usou maconha, cocaína e *crack* por cerca de 3 anos. Há três meses parou de fumar tabaco, mas continua a usar álcool, o que faz desde os 15 anos. Tem 1 filha do seu atual relacionamento, que não vive com eles, estando outra sob os cuidados de sua mãe. A sua atual companheira não mora com ele por causa das condições financeiras, mas cuida dele mesmo sem viverem juntos. Ele não deseja vê-las morando na rua. Faz parte da Unidade de Redução de Danos há mais de um ano, sentindo-se sempre acolhido pelos redutores.

E3 - A entrevistada tem 23 anos e é considerada pelos redutores de danos que costumam atendê-la uma pessoa muito comunicativa e alegre, porém no dia da entrevista estava quieta e retraída. É natural de Teresina, considera-se parda e concluiu o ensino médio. Seus pais são separados e a mãe não podia sustentá-lo ou à irmã, por isso precisou trabalhar. Ainda lá no Piauí fez programa como travesti. Já sofreu violência por conta da profissão, mas também violência sexual por parte de um familiar aos 4 ou 5 anos de idade. Há 3 anos vive de programas, cuja renda é suficiente para viver, mesmo assim faz um extra como cabeleireiro. Antes de fazer programas trabalhava como cabeleireiro e auxiliar de enfermagem.

Não tem nenhuma pessoa próxima que o ajude. Mora em uma pensão com amigas e seu lazer é assistir televisão. Fez uso de maconha apenas uma vez e faz uso de álcool desde os 16 anos. Usa próteses de silicone, sendo que uma foi colocada em clínica e a outra com “bombadeira”. No quadril, ela mesma colocou silicone, referindo não enfrentar nenhum problema de saúde em função disso. Já participou de filme pornô como atriz. Faz parte da unidade há 3 anos, que julga oferecer-lhe suporte para cuidar da saúde e de si mesmo.

E4 - Essa participante, de 37 anos, apresenta-se a princípio como uma pessoa tímida, mas no decorrer da conversa vai falando com muita desenvoltura e alegria. Mostra conhecer os direitos e as necessidades da categoria dos profissionais do sexo a qual pertence. É natural de Governador Valadares, MG, onde morava com seus pais e irmãos. Atribuiu-se a cor parda. Não chegou a completar o ensino fundamental e vem fazendo programa há 11 anos, sendo que a renda obtida é considerada suficiente para viver. Antes de ser trabalhadora do sexo, era auxiliar de limpeza. A mãe mora atualmente na Flórida (EUA) e às vezes manda-lhe algum dinheiro. Hoje está separada e tem 2 filhos, sendo que a filha de 14 anos mora com ela e sua companheira atual e o filho mora com o pai. A casa é alugada. Como lazer gosta de dançar e assistir filmes. Já fez uso de cocaína aos 25 anos, tendo parado aos 30. Fumava tabaco e usava álcool, tendo desistido do cigarro há dois meses e do álcool há um ano. Há 3 anos faz parte da Unidade de Redução de Danos, através do qual, considera, passou a ter mais informação.

E5 - Esse entrevistado tem 18 anos, é uma pessoa inteligente, que durante a entrevista discutiu criticamente sociedade e cidadania, mostrando ter consciência de seus direitos. É natural de Itapeva, SP, branco e cursa o 1º ano de Odontologia. Trabalha como autônomo plastificando carteirinhas do SUS e faz shows como

Drag Queen. Mora com seus pais, em casa própria, e tem um irmão padre, que vive em um seminário. É bastante ligada a uma avó que mora no interior de São Paulo, tendo vivido com ela boa parte da infância e adolescência. Os pais custeiam sua faculdade e necessidades básicas, sendo que a renda proveniente de seu trabalho é apenas para roupas e atividades de lazer. Os shows que faz como *Drag Queen* trazem, além da renda, momentos de lazer que muito aprecia. Já fez uso de cocaína e maconha, não gosta de álcool, e há cerca de um ano adquiriu o *vício* do tabaco. Participa da ONG ABCDS há cerca de seis meses. Faz parte da Unidade de Redução de Danos há um ano e 3 meses, recebendo suporte e orientação.

E6 - Aos 24 anos, essa entrevistada mostra-se especial. Definindo-se como *muito nervosa*, conta como já sofreu com preconceito e violência por ser travesti. Ela aceitou a proposta de fazer uma segunda entrevista de pesquisa, uma vez que houve problemas de gravação com a primeira. Nasceu em Anísio de Abreu, Piauí e é indígena. Não chegou a terminar o ensino fundamental. Sofreu muitas violências físicas e sexuais por parte de pessoas que encontrou no seu caminho, assim como violências físicas e psicológicas, e pressão religiosa por parte de sua família por causa da opção sexual. Foi agredida fisicamente e roubada na rua por cliente quanto começou a fazer programa. Aos 16 anos, quando morava em Brasília, a família a obrigava a ir à igreja e pedia aos pastores para exorcizá-la por ser homossexual e travesti. Já sofreu também outros tipos de violência, sentindo-se excluída de alguns lugares por ser considerada diferente. Há 4 anos, faz programa, sendo que a renda obtida é suficiente para viver. Antes trabalhava em hotel, como faxineira. Mora com amigas em casa alugada. Fala também de um amigo com quem pode contar. Para se divertir sai à noite, curte forró, *funk*, dance. Já fez uso de *crack* e maconha. Apenas quando sai à noite para balada, costuma beber alguma coisa. Usa silicone no seio, colocado em clínica particular, e no

quadril, colocado em casa de cafetina, mas nunca teve problemas com essas próteses. Sofreu muito no início, quando começou a fazer programas. Acha que os travestis não têm muitos direitos reconhecidos pela sociedade. Faz parte da Unidade de Redução de Danos há 2 anos, tendo passado a cuidar mais da saúde e a ter mais informação e suporte.

E7 - Essa participante tem 34 anos e descreve-se como uma pessoa *dura* com os outros e explica que se trata de um mecanismo de defesa, em função de sua condição de transexual. Também se considera muito sozinha e desconfia de todos. É natural de Santos, SP e reconhece-se branca. Cursou o ensino médio completo. Sofreu violência na adolescência quando assumiu a homossexualidade, principalmente por parte do pai e do avô. Faz programa (sexual) há 15 anos, em frequências que vão de oito a vinte programas por dia. Nunca trabalhou com outra coisa e parece muito satisfeita com seu trabalho. O que recebe pelos programas é mais do que suficiente para viver, por isso conseguiu acumular dois imóveis no Guarujá, que estão alugados e lhe permitem ajudar a mãe e a irmã. Mora em um *Flat* em Santo André. Como lazer vai a baladas GLS, joga sinuca e assiste futebol. Faz uso de cocaína há cerca de 4 anos, maconha desde os 14 anos, cigarro há cerca de 10 anos - sem tragar - e álcool apenas na balada - *whisky* com energético. Usa silicone no joelho, colocado por “bombadeira” na casa de uma cafetina, mas não apresenta nenhum tipo de problema. Fala sobre os direitos dos transexuais e do cuidado com os travestis e homossexuais que optam pela cirurgia e sobre a necessidade que tenham apoio psicológico. Preocupa-se com a falta de planejamento dos profissionais do sexo para o futuro – aposentadoria -, com o *comportamento de risco* dos homossexuais e com a os cuidados especiais que a Unidade de Redução de Danos deveria dispensar a eles. Conhece o programa há 5 anos e avalia que tal contato fez com que cuidasse mais de si, disponibilizando informações em

relação às drogas e à prevenção das DSTs. Por esse motivo não compartilha mais “canudo” e não usa cédulas de dinheiro quando está utilizando cocaína.

E8 - Essa participante tem 30 anos. Apresenta-se de maneira tranqüila, com firmeza de expressão e um discurso muito crítico. É natural de São Paulo e considera-se de cor parda. Terminou o ensino médio e faz programa há 6 anos, sendo que a renda obtida tem se mostrado suficiente para dar conta das despesas. Antes de fazer programa trabalhava como caixa na Casas Bahia. Tendo se separado recentemente, tem como outra fonte de renda a pensão que recebe do ex-marido e que utiliza - faz questão de dizer - integralmente para suprir as necessidades do filho, com quem vive ao lado da mãe, em casa própria. Como forma de lazer, vai a bailes e bares de samba e pagode. O uso de cocaína e maconha restringe-se aos momentos de lazer com os amigos. Já compartilhou nota, ocasionalmente fuma tabaco e consome álcool desde os 15 anos. Fala sobre a questão da regularização da profissão, mas não tem muito conhecimento sobre isso. Faz parte da Unidade de Redução de Danos há cerca de 1 ano e 8 meses e avalia que há necessidade de ampliação das atividades e de disponibilização de maior quantidade de insumos para as usuárias que estão nas Casas de Programas.

E9 - O entrevistado 9 tem 30 anos, é muito falante, mostrando, de um lado, alegria por freqüentar as ruas e, de outro, tristeza por sua condição de portador do vírus HIV. Considera que tem muita coragem para enfrentar pessoas e situações adversas a ponto de se colocar em risco pessoal. É natural de Santo André, SP, e identifica-se como sendo pardo. Concluiu o ensino fundamental. Faz programa como michê há cerca de 10 anos e o que recebe nem sempre é suficiente para cobrir suas despesas, mas a família oferece algum suporte. Trabalhava anteriormente como técnico em química capilar e com administração em publicidade. Mora em

casa própria, com seus pais, três irmãos e dois sobrinhos. Como diversão vai para a rua fazer programa, há 6 anos não sai para uma balada. Faz uso de *crack* desde 21 anos quando descobriu que estava com HIV, transmitido por seu primeiro companheiro, aos 17 anos. Já experimentou maconha e cocaína, tendo passado por internações em função de uso prejudicial de drogas. Já compartilhou cachimbo e atualmente usa tabaco e álcool. Já sofreu violência na profissão. Tem depressão e já tentou suicídio devido à briga que teve com antiga cliente com quem mantinha relacionamento. Fala muito da questão de seus direitos. Conhece a Unidade de Redução de Danos há mais de 2 anos. Acha muito legal existir o programa e fala da questão dos insumos, mas pondera que, na sua vida, o programa não tem tanta participação porque ele já cuidava muito da saúde.

E10 - Esse entrevistado tem 32 anos, é uma pessoa amável, inteligente e “antenada” com as discussões do mundo. Daí seu discurso articulado. É natural de Brasília (DF) e auto-refere a cor negra. Tendo concluído o Ensino Médio, trabalha como autônomo plastificando documentos, e considera que sua renda é suficiente para sua subsistência, recebendo, no entanto, ajuda da mãe. Mora em apartamento próprio com a mãe e os irmãos. Perdeu o pai quando tinha 2 anos e a mãe sempre trabalhou como empregada doméstica. Como forma de lazer, sai com os amigos para boates, passeia com a mãe no parque, ouve música, assiste televisão e usa computador. Em geral, não faz uso de drogas, com raro consumo de bebidas alcoólicas. Considera ter o café como único *vício*, chegando mesmo a sentir-se mal quando não toma. Quando estimulado a contar um pouco sua história, refere maus tratos quando criança por parte de familiares. Fala muito sobre a questão dos direitos dos homossexuais e de como a sociedade os vê. Participava da ONG ABCDS. Freqüenta o parque da cidade para encontrar seus pares e, dessa forma, foi contatado pela Unidade de Redução de Danos há mais de um

ano, tendo passado a cuidar mais da saúde, a ter maior informação e a fazer uso de camisinha. Sugere que o programa implemente ações *casa a casa*.

E11 - Essa participante da pesquisa tem 31 anos, apresenta-se de forma bastante comunicativa e com discurso articulado acerca das necessidades e direitos das profissionais do sexo. É natural de Córrego Novo, MG, branca, tem ensino fundamental completo e faz programas há 7 anos. A renda obtida através dos programas tem sido suficiente para viver. Antes de fazer programa, trabalhava com vendas. Tem como outra fonte de renda, a pensão alimentícia dada pelo pai dos seus filhos, que é revertida totalmente para eles. Mora em casa própria com dois filhos e três cachorros. Considera-se *o próprio parque de diversões*, gosta de todas as formas de lazer - parque, cinema, circo, barzinho, shopping, soltar pipa, pescar, pagode... As únicas drogas que usa são legais, sendo que consome álcool desde os 12 anos e cigarro desde os 25 anos. Fez uso de cocaína com cliente apenas uma vez. Já sofreu violência por conta da profissão. Conta um pouco sobre a rotina de trabalho na casa de programas em que trabalha e destaca a necessidade de organização das profissionais do sexo. Gostaria de participar de algum projeto ou associação que cuide de idosos ou crianças. Está na Unidade de Redução de Danos há três anos e comenta sobre o que esse contato acrescentou no seu dia a dia, auxiliando-a a entender que é uma mulher *como outra qualquer*. Hoje não tem vergonha de acionar os redutores de danos para esclarecer alguma dúvida.

E12 - A participante tem 29 anos, é também muito comunicativa, expressando-se com espontaneidade sobre sua vida e outros assuntos. É natural de São Paulo, branca e tem ensino médio incompleto. Faz programas há 15 anos, sendo que o que recebe é suficiente para viver. Está, porém procurando uma nova fonte

de renda. Mora em apartamento em Santo André, com o marido e os dois filhos. O marido não trabalha e conhece sua condição de trabalhadora do sexo. Usou *crack*, maconha, cocaína, cigarro e álcool, a partir dos 17 anos. Hoje, após tratamento com Prozac, faz uso controlado de cocaína e álcool, sendo que sua fissura aumenta no período menstrual. Fala sobre a questão da exploração, dos maus tratos na profissão e dos direitos como profissional e como cidadã. Sugere que as campanhas relacionadas à prevenção da Aids sejam feitas pelos próprios portadores do HIV. Participa da Unidade de Redução de Danos há cerca de 2 anos, referindo que recebeu apoio dos redutores em questões relacionadas à saúde, especialmente, depressão. Considera necessária a ampliação do programa e a implementação de campanhas mais efetivas de prevenção da Aids.

E13 - A entrevistada tem 25 anos e uma maneira de falar muito espontânea. É natural de Mauá, SP, parda e tem ensino médio completo. Fala sobre violência por parte do irmão e da mãe. Faz programa há 7 anos e avalia que a renda obtida é suficiente para sua subsistência. Anteriormente, costumava trabalhar como vendedora em uma loja de sapatos (DIC), em Santo André. Mora em casa própria com o filho e a babá. Namora há 3 anos, sendo que o namorado, ciente de sua profissão, gostaria de sustentá-la para que ela não precisasse mais trabalhar com programa, mas não tem condições para isso. Gosta de ir à praia. Experimentou maconha e álcool apenas uma vez e não faz uso de outras drogas. Tem como sonho fazer um curso de enfermagem e poder parar de fazer programas. Fala sobre o direito à saúde. Gostaria de participar de algum projeto com crianças com câncer ou HIV. Mantém contato com o Programa de Redução de Danos há cinco anos e descreve seu vínculo com a Unidade de Redução de Danos, enfatizando o cuidado dos redutores quando entrou em conflito para tomar a decisão de fazer ou não um aborto.

E14 - Com 23 anos, é uma pessoa jovem e aparenta ter uma personalidade forte. O fato de não ter concluído o ensino fundamental não a impede de articular várias críticas a respeito da situação que vivencia nas ruas e de como a sociedade em geral trata pessoas em sua condição. É natural de São Bernardo do Campo, SP, e refere ser parda. Mora na rua desde que saiu de casa aos 13 ou 14 anos. Esteve sob situação de exploração sexual desde que saiu de casa, quando precisava de dinheiro para comprar drogas e se sustentar. Assim, a maior parte do dinheiro era consumida com drogas. Chegava mesmo a roubar nos semáforos. Da mesma forma, depois que passou a fazer programa, às vezes, roubava clientes. Hoje, como não faz mais programa, vive de doações. Foi presa por invasão de domicílio e furto, e permaneceu por um ano e três meses na prisão. Está na rua há três meses, tendo engravidado justamente quando estava para ser libertada. Divide com o pai da criança as despesas do hotel onde passam a noite. Quando não consegue dinheiro, passa a noite acordada na rua. Parou de freqüentar a escola por conta do consumo de drogas, fazendo uso de *crack*, maconha e tabaco. Já fez uso de cocaína, cola e álcool. Começou a usar outras drogas aos 14 anos, mas fuma desde os 10. Refere ter sofrido violência por parte de familiares e violência sexual, quando fazia programas. Apesar dos 3 meses de gravidez, não está fazendo pré-natal, tendo apenas realizado uma ultrassonografia. Fala sobre problemas no atendimento em hospitais e postos de saúde e sobre a exclusão social. Conhece o Programa de Redução de Danos desde a adolescência, há cinco anos. Considera que após o contato com o programa, passou a utilizar mais a camisinha e a sentir-se mais bem informada sobre sua saúde e sobre as drogas. Destaca a importância do apoio psicológico dado pela Unidade de Redução de Danos e a necessidade de aumentar o número de redutores.

E15 - A entrevistada tem 48 anos e apesar da expressão sofrida, mostra-se forte e carinhosa. É natural da cidade de São Paulo, parda e não concluiu o ensino fundamental. Sustenta-se com doações, que recebe pedindo de porta em porta e com o dinheiro da venda do papelão que recolhe nas ruas. Já trabalhou em fábrica de brinquedos e restaurantes. Gostaria de voltar a trabalhar, mas como é portadora do HIV acha muito difícil a contratação. Ficou viúva por três vezes e atualmente mora com um companheiro. Tem sete filhos e recebe auxílio do pai, do cunhado e da irmã. Mora em casa própria com o marido, um amigo, a nora e o neto. Os filhos já são adultos e o mais novo mora com o avô. Está tentando vender a casa e com esse dinheiro planeja viver uma vida melhor, sem tantas privações. Como lazer gosta de passear e brincar com o filho, soltando pipa, por exemplo. Faz uso de álcool, cigarro e *crack*. Já usou maconha também, tendo começado a consumir drogas aos dezenove anos. Sofreu tentativa de violência sexual quando jovem por parte de conhecidos. Ressente-se muito do preconceito por conta do HIV. Fala sobre como a doença chegou à sua vida e como lida com ela. Não faz mais tratamento, referindo ter deixado seu destino nas mãos de Deus. Critica a demora no atendimento em hospitais como a Santa Casa e por outro lado aprecia o cuidado que recebe no posto de saúde perto de sua casa. Conhece a Unidade de Redução de Danos há 2 anos e refere ter dele recebido ajuda e cuidados com a saúde, enfatizando o acolhimento e o apoio psicológico que sempre recebe dos redutores.

E16 - O participante tem 29 anos, é tímido e fala pouco, mas ao se colocar demonstra vontade de refazer sua vida com seu companheiro e de cuidar de ambos. É negro e natural de Recife. Concluiu o ensino fundamental. Já fez programa, mas parou há cerca de um ano e três meses. Já trabalhou também como balconista em mercado. Hoje, não trabalha e vive da

aposentadoria do companheiro, contando ainda com a ajuda da mãe. Mora na casa do companheiro, que é própria. Aprecia ficar na casa da mãe com a família. Desde os 16 anos, faz uso de maconha, cocaína, *crack* e álcool, em baixas frequências. Consome tabaco desde os treze anos. Já compartilhou cachimbo e “canudo”. Sofreu violência por parte de familiares, mas a mãe sempre o acolheu. Fala sobre a questão dos direitos dos homossexuais e de como a sociedade os vê. Discute também o direito à saúde, a saúde pública e o atendimento recebido em hospitais e postos de saúde. Conhece o Programa de Redução de Danos há três anos. Avalia que com o programa passou a ter maior informação sobre prevenção, camisinha, vacina, uso de drogas e material descartável, como cachimbo e “canudo”, além de saber mais sobre cuidados com a saúde em geral. O rapaz considera que a Unidade de Redução de Danos deveria contar com uma psicóloga.

E17 - Com 22 anos, essa participante da pesquisa é uma pessoa de muitos atributos, mostra-se inteligente, afetiva, alegre e batalhadora. Negra, natural de São Paulo, completou o ensino médio e costumava fazer também outros cursos. Passou inclusive no vestibular para Psicologia em Marília, mas não teve apoio da família para freqüentar. Tem plano para prestar vestibular novamente. Faz programas há um ano, sendo que recebe o suficiente para sua subsistência e a de seus filhos que moram com a bisavó. Mora em casa alugada com o namorado, que a apóia bastante. Tem como lazer ir para baladas GLS, shoppings, viajar, ir à praia. Há um ano não usa drogas. Já experimentou cigarro, álcool, maconha, bala, LSD, baque, *tinner*, *crack* e habitualmente utilizava cocaína. Fez seu próprio ‘kit farinha’ que era uma maneira de não compartilhar “canudo” e nota. Já passou por três overdoses em função da utilização de cocaína. Já sofreu violência e preconceito por ser negra. Conhece a Unidade de Redução de Danos há cerca de oito meses, recebendo insumos,

informações sobre a saúde, auxílio para fazer a carteira do SUS e exames ginecológicos no posto da Vila Guiomar. Considera importante o auxílio do programa aos profissionais do sexo e usuários de drogas, mas acha necessário ampliá-lo.

E18 - O entrevistado, de 40 anos, demonstra muita garra para enfrentar o cotidiano, apesar da fragilidade de sua saúde. É natural de Pirituba, SP, e referiu ser mulata, embora no seu registro de nascimento conste a cor parda. No que se refere a sua família, demonstra muita dificuldade em falar, preferindo não tocar no assunto e alegando muito sofrimento relativo a essa parte de sua vida. Conta que sempre teve dificuldade de aprendizado, por isso acabou estudando em escola da APAE, tendo cursado apenas até a segunda série do ensino fundamental. Apesar de não saber escrever, e somente assinar o próprio nome, consegue ler tudo. Costumava trabalhar como empregada doméstica e agora faz programas, há mais de 15 anos. Mora em pensão, com amigas que são “garotas de programa”. É viúva e tem cinco filhos, que moram em Minas Gerais, com a avó. Refere consumir drogas como forma de lazer, mas lembra que anteriormente até saía para dançar. Faz uso de álcool e cocaína. Não compartilha “canudo”. Sofre muito com depressão. É soro positiva e está tratando de um câncer no útero. Já sofreu violência na profissão. Está há quase 3 anos sendo acompanhada pela Unidade de Redução de Danos, do qual refere receber muita ajuda, principalmente no que concerne à sua saúde. Fala da necessidade de que os redutores conversem mais e insistam mesmo para que os usuários do programa façam exames para acompanhar a saúde.

E19 - Com 19 anos, a entrevistada é uma jovem alegre e inteligente, destacando-se pela liderança que exerce junto a outros jovens de rua. É negra e natural da Bahia. A mãe faleceu por conta de uma leucemia quando tinha apenas um ano e o pai a abandonou. Foi

criada pela avó materna, que faleceu há pouco tempo. Por ser a caçula teve muito carinho por parte da avó. Sempre brigou com os irmãos. Passou por necessidades na infância e saiu de casa para usar drogas. Não completou o ensino fundamental e, para poder comprar drogas, acabou se envolvendo em situação de exploração sexual, desde os 11 anos. O que recebe hoje pelos programas é pouco, mas não tem outra fonte de renda para se sustentar. Assim, rouba com frequência os próprios clientes. Mora embaixo de um viaduto. Sua irmã a está ajudando neste momento. Não está conseguindo se desvencilhar da rua por causa das drogas. Não tem atividades de lazer. Faz uso de drogas desde os nove anos - *crack*, maconha, cola, cigarro e álcool. Só começou a usar cocaína a partir dos 14 anos. Diz que o consumo de drogas a impede de estudar. A vida na rua trouxe-lhe histórias de violência sexual, por duas vezes. Fala dos clientes que procuram garotas menores de idade e de como se sente em relação a isso: não aceita e não encaminha adolescentes. Acha errado isso, já que sofreu bastante quando esteve em situação de exploração sexual na adolescência. Por conhecer essa situação, recusa-se a colaborar para evitar que outras adolescentes sofram as mesmas coisas. Conhece a Unidade de Redução de Danos há cinco anos, tendo passado a cuidar mais da saúde, fazendo exames, usando preservativo e não compartilhando o uso de cocaína. Fala sobre a importância das informações que a equipe fornece.

5.2 O QUE DIZEM OS USUÁRIOS DA UNIDADE DE REDUÇÃO DE DANOS (URD) DE SANTO ANDRÉ

Quando solicitados a se identificarem e a fornecerem dados relativos às formas de trabalhar e de viver, inclusive sobre suporte sócio-familiar, bem como dados relativos ao consumo de drogas, os entrevistados não se limitaram a responder sinteticamente às perguntas “fechadas” do formulário,

produzindo ricos discursos, cuja simples sistematização numérica encobriria o movimento e a dinamicidade que acabaram por vir à tona.

Dessa forma, tais depoimentos, juntamente com os demais obtidos através das perguntas abertas da entrevista, foram então agrupados por categorias e subcategorias, conforme o quadro 1, que mostra a correspondência entre elas.

Quadro 2 - Categorias relativas à análise dos depoimentos de usuários da URD - Santo André – 2008.

Categorias	Subcategorias
Família	Aspectos positivos da família de origem Aspectos negativos da família de origem Convivência respeitosa com a família atual
Trabalho	Motivos de trabalho: do sustento da família à decepção com a vida Exploração, perigo e violência no cotidiano de trabalho Perspectiva de futuro Um pouco de satisfação Legalização?
Vida	Preconceito Angústia e depressão
Avaliação da Unidade de Redução de Danos (URD)	Integração com os serviços de saúde Potencialidades e limitações da URD Para além dos insumos: em direção a outros direitos humanos Críticas e sugestões
Relação com as drogas	Prazer e controle Compulsão e sofrimento Faz parte do programa

5.2.1 Família

5.2.1.1 Aspectos positivos da família de origem

Pode-se perceber que boa parte dos entrevistados lembrou aspectos positivos da vida familiar, especialmente da relação de suporte de alguns

familiares - E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E15, E16, E17 e E19, que em alguns casos se perpetua no apoio à criação dos netos (E8 e E17).

“(...) meu pai nunca me bateu, nem na minha cara ele batia, nunca pisou no meu pé (...) eu morava com meu pai.” E2.

“Foi desde os meus quinze anos, minha mãe falava que eu tava diferente, quando ela se tocou, eu já tava de saia. Ela disse: - É isso que você quer meu filho? [sobre ser travesti]. Eu disse que sim. Então ela disse: - Só tome cuidado com drogas, use sempre camisinha e nunca deixe seus estudos. (...) No começo a família fica meio chocada, mas minha mãe disse pra eu não me importar com o que os outros achavam que quem tinha que achar era ela, e ela não achava nada.” E3.

“Tinha um bom relacionamento [com os pais]. (...) Tive uma infância boa, minha adolescência [também] (...) Eu vivia bem, é que eu tomei outro rumo” [prostituição]. E4.

“Como eu já tinha assumido para os meus pais, assumir para as outras pessoas para mim era indiferente, hoje toda a minha família, primos de terceiro, quarto grau sabem e me aceitam. (...) Eu acho que todo mundo tem preconceito Eu acho que sou muito corajoso por ter assumido com catorze anos em casa, a família extremamente católica, que eu era gay. (...), porém preconceito pra mim eu tirei numa boa. (...) meu pai e minha mãe trabalham, minha faculdade quem paga é meu pai então o que eu ganho [como Drag Queen] é pra eu comprar roupa, pra eu viajar, pra eu ir pro shopping, pra eu ir no cinema assistir um filme, sair com meus amigos, balada então pra mim é suficiente, é um valor bom pra mim. (...) Minha melhor amiga, que é a minha mãe e a minha avó, mãe da minha mãe, que como eu te falei é o porto seguro da minha família, meu braço forte assim que tudo que eu tenho dúvida eu ligo pra ela: - Vó, faço isso ou não faço? Eu costumo brincar que eu costumo imaginar minha mãe morta, mas não consigo imaginar minha avó morta.” E5.

“(...) minha avó sempre ali: Não, ele é meu neto, gosto dele do jeito que ele é e pronto [quando assumiu a homossexualidade] (...) Minha avó era forte, agradeço a ela tudo o que eu sou...” E7.

“Estou separada há três dias. (...) No momento eu estou acabando a minha casa, mas eu [junto com o filho] estou na casa da minha mãe.” E8.

“É o que minha mãe sempre falou, independente do que você faça, eu quero ver você sempre feliz. Então, eu nunca me arrependi por nada, vários amigos meus diziam que queriam ter os meus pais. Eles nunca falaram nada pra mim, não, isso ta errado, a gente cria filho pra gente. A vida é sua, você sabe o que tem que fazer ou não, as consequências é você que vai colher também. A família sofre claro (...). Meu primeiro relacionamento, eu tinha 17 anos, esse rapaz foi o primeiro, nós ficamos 3 anos, dormia comigo dentro da minha casa, no meu quarto, meus pais adoravam ele. (...) Tenho mais 4 irmãos (...) nunca tive problemas em relação a ninguém [no que se refere à homossexualidade e a ser michê], eu sempre achei que eu fui muito verdadeiro, eu nunca gostei de lidar com a mentira. Minha mãe sempre me ensinou, se eu sou isso, eu sou isso, sou uma pessoa só em todos os lugares (...) E outra eu chego na minha casa e falo que aconteceu isso e isso comigo. Pra não dar direito de ninguém falar, porque quando outras

peessoas vão falar, elas falam do jeito que elas querem. Meu irmão é um pouquinho mais retraído comigo.” E9.

“A minha historia é como a de qualquer outro brasileiro normal, porém eu sou homossexual, assumido e (...) moro com a minha mãe, já tive alguns relacionamentos, pra mim foram até duradouros (...) Sempre morei com meus pais, meus pais não com a minha mãe porque meu pai morreu quando eu tinha dois anos de idade então à figura dele nem ficou gravada na minha mente. (...) Minha mãe sempre trabalhou como doméstica em casas de família e deixava a gente em creches até uns oito anos, depois disso era escola, casa de parente. (...) Tenho irmãos, eles ficavam comigo na creche. (...) lembro que vinham nos buscar no final de semana, e tinha presentes, minha mãe sempre deixava dinheiro pra pessoa que cuidava da gente, mas hoje eu via que a gente sofria maus tratos porque a gente tomava banho gelado e minha mãe deixava coisas boas pra gente, mas a gente não desfrutava, eu sempre via ela chegando com presentes e não eram repassados pra gente.” E10.

“Não, da minha infância eu não posso reclamar, eu acho que foi uma infância pobre, mas fui muito feliz quando criança. Eu tenho pais maravilhosos. Da minha mãe eu apanhava um pouco, por que eu era terrível, como qualquer criança. Levava umas chineladas, mas minha mãe nunca foi de espancar.” E11.

“(...) na verdade eu fui adotada com nove anos .. Eu tenho uma outra mãe [adotiva] que se chama (...), ela é dona de cozinha industrial, eu amo ela de paixão, eu considero muito mais ela do que minha própria mãe que morreu mesmo... [a minha mãe] estava viva [quando fui adotada], ela deixou, entendeu? (...) fiquei os últimos momentos com ela [mãe biológica], assim que ela me falou que estava com HIV eu retornei na casa dela pra cuidar dela... ela ficou pele e osso, ela usava fralda, tudo tinha que dar na boca, não falava, ficou em estado vegetativo.” E13.

“(...) Minha mãe nunca me agrediu... mas conselho do meu pai eu já tive muito (...) A minha infância foi muito bonita, eu nadava no rio, ficava de conversa.... tinha uma pá de amigos onde eu morava... (...) Quem tem me ajudado é meu pai, meu cunhado e minha irmã, meu pai cuida dos meus filhos.” E15.

“Minha mãe, ela me ajuda muito, tudo. No que ela pode me ajudar ela ajuda. (...) Ultimamente o meu divertimento é a casa da minha mãe e aqui só, é ficar com a minha família.” E16.

“(...) apesar que (...) os meus filhos (...) não moram comigo hoje em dia, tenho dois meninos que moram com a minha avó que me criou. Só que assim eu faço de tudo por eles o que precisar comprar deixar de fazer, levar para parque. (...) ontem foi aniversário de um deles, eu tive que ralar pra comprar umas lembrancinhas e eu tenho que levar eles agora domingo no parque da Mônica, tudo o que eles pedem eu compro. Só que eu não tenho condições de ficar com eles porque eu não tenho horário, entendeu? Não tenho horário fixo, então eu acho que ainda não é a hora de ficar com eles então eu to correndo assim pro futuro deles assim pra quando eles tiverem 10 anos pelo menos eu estar formada em alguma coisa, ser alguém, pra poder dar um futuro melhor pra eles daí pra frente porque daí pra frente é complicado, 10, 12 eu já to com medo”. E17.

“Minha avó, mãe de minha mãe. (...) Eu ainda a amo [fala da avó falecida]. (...) tudo o que eu pedia, ela comprava. (...) minha avó não deixava ninguém me bater. (...) eu era rebelde. (...) eu não gostava de pentear o cabelo... você precisava ver a briga que era pra me pegar pra pentear o cabelo e minha avó queria me pegar pra me arrumar e ir pra reunião, porque a gente era Testemunha de Jeová e nesse dia tinha reunião e minha avó estava cochilando, aí, eu fui lá e peguei um monte de café, açúcar, farinha e espalhei tudo no quintal para as formigas comerem... aí quando ela acordou o coro comeu... aí os vizinhos do boteco do lado ouviram que eu estava gritando socorro, acharam que minha avó estava me matando e chamaram a polícia... aí eu briguei com a polícia porque eles queriam levar minha avó aí eu tomei frente e falei que ela não estava querendo me matar não que era mentira que eu era mentirosa e minha avó não gostava de gente mentirosa... aí eles não levaram minha avó (...). Moro na rua (...) desde 9 anos Agora estou na minha irmã [por uns tempos].” E19.

5.2.1.2 Aspectos negativos da família de origem

Em contrapartida, em relação às famílias de origem ainda, os entrevistados também relataram, com poucas exceções, situações conflituosas – que muitas vezes chega à violência -, com alguns membros das famílias mostrando forte reprovação frente às formas de trabalhar, de viver e de assumir a sexualidade - E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E11, E12, E13, E14, E16, E17, E18 e E19.

“Quando eu falei que era garota de programa foi difícil [momento difícil com a família quando contou que fazia programas sexuais]. Não devia ser assim, tem coisa pior, como o tráfico. Acho que o tráfico é pior que garota de programa.” E1.

“Minha mãe sempre bateu em mim e ainda mandava meus irmãos baterem em mim (...) A minha adolescência (...) foi ruim. Depois que o meu pai morreu... (...) Tive muito rancor da minha família que me tirou tudo (...) Me tirou do emprego que sempre trabalhei, comecei com 15 anos. Hoje eu to nessa vida, fui pra Mauá, conheci uma mulé [mulher] lá, morei com ela, nasceu uma filha junto... ta com a minha mãe, só que a família que eu tenho... não presta... roubou tudo o que eu tinha: carro, casa. Eu tinha tudo, hoje eu não tenho nada na vida. Eu tenho a minha vida (...) Tirou o carro que o meu pai deixou. O carro a moto. E a casa ta lá [eles estão] morando lá, me expulsaram, me colocaram na rua. (...) Eu e mais três. (...) Porque eles nunca gostaram de mim, nunca gostaram. Porque eu usava droga antes, eu era um drogado (...) Morava na rua. Eu só ia lá [casa da família] pra tomar banho e comer.” E2.

“Quando eu era criança meu tio me assediava. (...) Minha mãe ia trabalhar, ele ficava me alisando, me fazia pegar (...) [nos órgãos sexuais dele], pegava (...) [nos meus].” E3

“(...) foi um baque pro meu pai, eu fiquei dos catorze aos dezessete anos sem falar com ele... eu não tive o apoio dele, ele quase separou da minha mãe por causa de mim e tal (...) E ele disse um monte de coisa, que preferia ter um filho morto, do que um filho gay.” E5.

“Minha mãe me tratava bem, até descobrir a verdade, meu pai não tratava bem antes da verdade e depois da verdade. Ele tratava ruim, depois tratou mais ruim ainda (...) A mãe só chorava. Ela falava que era uma vergonha na família. Ela pensava assim. (...) Meu pai [pensava] a mesma coisa. (...) disse que tinha vergonha de ter um filho ‘viado’ (...) Do pai, já. Da mãe, não [sobre apanhar]. Porque disse que eu era ‘viado’ e ele não queria ter um filho ‘viado’ na família, então ele me bateu que ia me matar, mas, minha vó falava pra ele, dizendo pra ele que era mentira. Aí então, já que ele já ta batendo, já ta batendo por outra intenção. Ele me bateu, queria me matar, sai correndo na rua, saí tipo nua. Eu estava deitada sem nada saí nua na rua correndo à noite. Todo mundo saindo correndo, querendo saber o que é, eu até quis matar meu pai, já puxei faca, (...) já fiz de tudo que você imagina (...) Com minhas irmãs, eu brigava todo dia. Outro dia eu batia nelas, eu acho que não era uma vida boa antes, era uma vida de guerra, de brigar, eu batia nelas, depois [que] batia, depois tinha dó. (...) Eu gostava da mãe da minha mãe, agora da mãe do meu pai eu não gostava, era chata. A minha mãe (...) exagera em tudo (...) dizia um monte de coisa, fazia meu pai me bater, e foi por isso que eu cheguei a fazer coisas erradas com meu pai. Queria roubar ele, roubava dinheiro, roubava o que comer dele (...). Naquela época quando eu pedia coisa a ele, ele não me dava, se eu pedisse R\$ 2, ele me dava 1 real, se eu pedia 1, ele me dava 0,50 centavos, então eu pegava logo R\$ 50 dele. (...) Naquela época eu tinha 16 anos, ficava em casa, minha mãe achava que eu era doente, achava que era coisa do demônio, queria curar [a homossexualidade]. [Eu] queria saber, queria entender o que era isso. Como eu mesmo não entendia, pra mim, eu queria ser mulher (...). Aí, como ela me levou pra me curar, eu fui. Acho que a gente ficou lá uns 5 meses, ela me levava pra igreja, mas eu não queria ir, dizia que eu era doente. Minha tia também me levava, levava os pastores pra fazer oração em mim, eu dava nos pastores, rasgava a bíblia, puxava, espinhava aí eu fingi que estava com respeito. Fingia que orava, não sabia que falar, falava que eu era tal. O que vinha na mente. Antes de voltar, eu fiquei evangélica homem, tentei, fiquei quase 1 ano. Quando eu vi que não agüentava mais, (...) eu saí da igreja, não é de Deus isso, não é Deus que fez um homem querer ser mulher. (...) chegando em casa, contei pra mãe sobre o que eu tinha feito, que eu tinha feito um programa por 10 reais, ela começou a chorar. Ela falou que era por isso que a vizinha falou isso e aquilo, ela não quer que a gente more aqui por sua causa.” E6.

“eu fui muito bem criada pela minha avó, só que meu pai morava na mesma rua e ele era muito radical, me batia muito, não aceitava, eu tinha que ser homem, eu tinha que ir ao estádio de futebol com ele, acho que por isso até hoje eu amo futebol, mas foi muito difícil, muito complicado a minha infância no sentido de apanhar muito, apanhei de vassoura, apanhei de mangueira, até hoje eu tenho cicatriz (...) foi muito difícil (...) mas eu superei. (...) Treze, catorze anos já comecei a me vestir como mulher, enfrentei a família toda, tomava tapa na cara, apanhava do meu pai, do meu avô...” E7.

“Tenho 2 irmãos, 1 homem e 1 mulher, mais velhos, eu sou a caçula, no meu caso, minha família nunca foi muito amorosa. Cada um pra si e Deus por todos. Meu pai é na dele, não é de reclamar muito, é muito na dele, já

minha mãe, a gente nunca se deu, talvez por eu ter engravidado, ter decepcionado, era muita briga e eu queria logo sair de casa, porque é assim, se você não se dá bem com a família, quer logo sair de casa, quer morar sozinho, quer ter sua vida. Eu e minha mãe nunca se deu muito, por eu ter engravidado, piorou. Eu brigava muito com minha mãe, às vezes, ela falava alguma coisa que por mais que a gente rebatesse, dói. Dói de ouvir, a gente fica magoada, muitas vezes. Mais minha mãe, meu pai é o que eu te falei, nunca, ele nem fala, é mais na dele. Agora a minha mãe pega pesado, é mais psicológica, às vezes, ela fala coisas que magoa que a gente fica lembrando” E8.

“Eu fugi aos 14 anos por que eu estava grávida, mas eu não amava o pai do meu filho pra casar, porque em Minas tem disso, se você está grávida, os pais obrigam a filha a casar, eu não queria então eu fugi pra São Paulo. Fugi pra cá e conheci um senhor que era mais velho que eu 50 anos, eu tinha 15, ele 65. Fui morar com ele, meu filho nasceu, depois de 3 anos nos casamos, eu tinha 18 anos, voltei pra Minas e casei. Vivemos 9 anos juntos e depois eu me separei.” E11.

“Eu vim de uma família que minha mãe arrumava um bêbado atrás do outro, minha mãe tinha que trabalhar, eu ficava em casa, não tinha nada, não tinha comida, não tinha nada (...) eu tive uma infância muito violenta... Abuso sexual... Tinha muita pancadaria. (...) Por parte do meu padrasto (...). Minha mãe era uma mulher (...) muito fraca, então nunca teve pulso muito forte para defender os filhos (...). Ela apanhava e os filhos apanhavam tudo junto” E12.

“Meu pai nunca me bateu, minha mãe me batia, mas assim coisa de menina que eu merecia, meu irmão me bateu mais. Eu fui várias vezes em delegacia da mulher, essas coisas, ele [irmão] era muito agressivo muito folgado e eu nunca fui de levar desaforo. Ele falava assim pra mim: passa o pão pra mim com manteiga, se eu não passava ele esfrega o pão na minha cara. (...) mãe é mãe, eu sempre morei com ela, que dava muito mais amor para o meu irmão.. (...) Eu morava com meu irmão e é uma pessoa muito ruim também. E quando minha mãe morreu, eu não sei como que ele trabalhava na prefeitura, ele fez uns esquemas lá falando que eu não era filha dela para ele pegar pensão porque a pensão era boa, eram uns R\$ 1.200,00 reais, aí ele fez como eu não existia lá, mas como eu era menor de idade eu procurei o conselho tutelar que eles me ajudaram com tudo, resolveu toda minha vida.” E13.

“Vou começar pela época de criança (...) Era muito agitada, apanhava muito, fumava dentro de casa, na adolescência tava estudando e tinha parado um pouco com a maconha, depois aconteceu uma briga de família, minha mãe foi morar com um cara. Não, ela colocou um cara pra dentro de casa, ele bebia e xingava e não aceitei e sai, e foi aí que começou a dependência e agora eu to aí. (...) Tipo assim somos em três irmãos então tinha que ficar com o meu irmão mais velho e o mais novo dentro de casa e eles pegavam e ficavam rodando bombril sabe? Acende o bombril na boca do fogão e rodava o bombril dentro de casa, pegavam a colcha da minha mãe e queimava daí quando minha mãe chegava sobrava pra mim e daí que começou, ela me agredia muito. (...) Meu pai morava em São Paulo [fala do fato de não ter morado com o pai] (...) Porque ele [padrasto] bebe e se acha o dono da casa, quer ser o dono da minha vida, quer ser o dono de tudo o que eu faço o que minha mãe faz então...” E14.

“Eu sofri muito quando era criança, minha família não aceitou, eu sofri várias humilhações. (...) Já cheguei [a apanhar]. Meu pai era muito preconceituoso, preferia ter um filho ladrão do que gay..” E16.

“fui criada pela avó, porque a mãe não quis e tal... e... sempre me jogando na cara que me criou.... dizia;- to ti dando isso, mas quem tinha que te dar é a sua mãe e tal...e assim por diante....aí tudo que tinha que estudar eu estudei e tal. (...) Aos 17 pra 18 eu tive um filho e mesmo assim parei um pouquinho de estudar aí eu voltei estudar novamente e tive outro filho, eu não desisti de estudar, fui lá terminei, conclui. Aí eu prestei vestibular em Marília, no interior, passei para o curso de Psicologia, ganhei 50% [de bolsa]. Aí depois ganhei mais 20% aí ficou tudo em 70% aí a Faculdade acabou saindo mais barata. 300 reais a mensalidade pra mim, aí saí. Aí minha vó podia me ajudar, mas não quis. Ela falou: -Ah.. não vou poder fazer isso pra você não.” Aí minha vó falou : - Olha vou alugar a casa aqui e vou pra Santos e você, se você quiser vai morar comigo lá ou vai morar com a tua mãe. Aí eu vim morar aqui, minha mãe falou com o meu padrasto, ele me aceitou tal, só que meu padrasto nunca gostou de mim e nunca vai gostar. Aí um (...) dia ele discutiu com a minha mãe, eu entrei no meio, eu não deixei. Aí outro dia, passou um tempinho, meu padrasto pegou, ele discutiu com a minha mãe eu entrei no meio, ele me xingou, eu xinguei ele, eu voei em cima, dei nele aí peguei e corri. Aí ele: sai de casa, vai embora da minha casa. Aí... ta bom fui embora. Minha mãe podia entrar no meio, fazer alguma coisa, ela não quis. Ela deixou ele dar a última palavra, aí peguei e vim para Santo André.” E17.

“Ah... Meu Deus... Não gosto de falar, não [sobre o relacionamento com os pais]. Não quero falar da minha família, é muito difícil.” E18.

“(...) eu não gosto de falar da minha história. (...) Meu pai me abandonou. (...) [a mãe teve leucemia e] morreu. (...) [quando tinha um ano e meio de idade] (...) Eu moro no viaduto do Itamarutaca. (...) Mora eu, o veio...um monte de amigos...mais ou menos uns cinco. (...) [encontra-se passando uns dias na casa da irmã] Minha irmã ta me ajudando.” E19.

5.2.1.3 Convivência respeitosa com a família atual

Já as famílias atuais, bastante variadas na sua conformação e formadas em bases diferentes daquelas das famílias tradicionais - arranjos provisórios, divisão das despesas, identidades variadas, apenas um responsável e os filhos -, eram por vezes lembradas como *lócus* de suporte aos entrevistados (E1, E3, E4, E15, E16, E17, E18) ainda que tal suporte não viesse sem conflitos (E12, E13). Alguns ainda se encontravam, por ocasião da entrevista, na convivência da família de origem (E5, E8, E10), outros apenas referiram morar sozinhos (E7) e até mesmo nas ruas e em locais provisórios (E2, E19). Dois entrevistados referiram morar com amigos (E3, E6).

“Melhor do que com homem (...) [sobre relacionamento com atual companheira com quem mora]. Mulher é mais delicada, te trata melhor, te toca melhor.” E1.

“Minha mulher, ela não mora comigo, mora eu e o carioca [amigo com quem divide espaço em fábrica abandonada], mora com as filhas dela, ela não vai largar as filhas pra ficar comigo na rua (...). E nem eu quero.” E2.

“(...) arrumei outra pessoa e convivo com meus filhos. (...) ela [companheira] cuida da minha menina. (...) o menino ta com o pai, eu vou pegar agora no fim de ano.” E4.

“(...) mas hoje em dia a gente se dá bem, ele [o pai que não aceitava opção sexual] me pediu perdão, a gente conversa legal, mas acho que poderia ser melhor, pra ele foi mais difícil, pra minha mãe foi mais fácil aceitar, não teve tanto preconceito, ela foi mais aberta.” E5.

“Moro só, não te falei que eu sou só?” E7

“Estou separada há três dias. (...) No momento eu estou acabando a minha casa, mas eu [junto com o filho] estou na casa da minha mãe.” E8.

“[atualmente vivo] com a minha mãe e meus três irmãos” E10.

“(...) meu marido é um homem que até é relativamente calmo, sabe [sobre a prostituição]. Mas assim... é... se eu ficar doente (DST'S) ele me mata. Sem sombra de dúvida.” E12.

“Sabe e a gente briga muito porque ele [o namorado] quer me tirar, mas ele não tem condições então é melhor pra mim. Passar fome eu também não vou e meu filho que ele ama tanto também não poder dar também não vou” E13.

“Eu conheci ele porque ele morava embaixo da igreja, aí eu peguei um carinho por ele. Aí eu fazia a janta aí ele começou a vir aqui e eu to com ele até hoje, ele me trata bem pega no meu pé pra mim manear no álcool... pra mim beber menos nas drogas também mesma coisa.” E15.

“Hoje tipo assim eu me afastei desse tipo de coisa, não faço mais programa, eu vivo com ele [companheiro]. Ele é aposentado, ele recebe [aposentadoria]. (...) [hoje vive] bem melhor, eu estou tranquilo, vivo minha vida sossegado.” E16.

“Eu moro lá na Vila Esperança [está por uns dias]. Na rua. [mora desde] nove anos.” E19

5.2.2 Trabalho

5.2.2.1 Motivos de trabalho: do sustento da família à decepção com a vida

Muitos estavam trabalhando nas ruas, como profissionais do sexo, seja para compor a renda familiar (E10), seja para sustentar integralmente a família - filhos (E13), depois da separação (E11) e com marido

desempregado (E12). Para alguns, o trabalho nas ruas acabou sendo uma opção frente ao desemprego em outras ocupações em que trabalharam previamente (E4, E8, E18). Existem também os que se decepcionaram com a vida (E9) e os que precisavam sustentar as drogas (E14, E16, E19). Há quem trabalhasse apenas para consumo próprio (E5) e quem referisse simplesmente gostar de trabalhar com prostituição nas ruas (E7). Ainda, nas ruas, há os que apenas faziam bicos para sobreviver, como catar papelão, guardar carros ou até mesmo pedir esmolas (E2, E15). Há quem tenha saído de sua terra natal para fugir do desemprego, dos salários baixos (E3) e de ocupações exaustivas, com baixos salários, como é o caso do trabalho na roça (E6).

“Porque não pode ficar ali [na fábrica abandonada], se vender eu vou ter que sair, vou ter que morar na rua, embaixo de viaduto e eu não quero. (...) Não ganho nem dez real no dia, [não] dá nada. (...) Depois que colocaram o ponto de táxi ali acabou com nós (...) tem as veis eu fico dando volta tomando conta de carro, tem as’ veis’ que eu vou buscar uns entulhos (...) eu vivo de pão e o que me dá...por aí. (...) Como é que nós vamos trabalhar [guardando carro na rua]? Lá no nosso ponto colocaram um ponto de táxi... como é que a gente vai ganhar dinheiro? Vai pedir pros outros: -‘ Vai trabalhar vagabundo!’ Não admito que me chame de vagabundo! Sempre fui trabalhador, a única coisa que eu peço pra assistente social é isso a, se não eu vou acabar eu mesmo me matando, não agüento mais isso aí.” E2.

“Eu sou de uma família simples, eu vim do Nordeste porque minha mãe era doente, só era eu e minha irmã e minha mãe, como minha mãe não podia me sustentar eu tive que trabalhar aí uma amiga que veio pra cá, disse que dava dinheiro fazer programa, ela que me incentivou a vir pra cá. Achei a vida mais fácil, o que eu ganho aqui, eu não ganho jamais em Teresina. (...) Eu era cabeleireiro e fazia enfermagem.” E3.

“Antes eu fui casada, tive dois filhos. Eu morava com um rapaz, mas aí eu me separei, fiquei desempregada e acabei vindo pra praça [local de prostituição] e arrumei outra pessoa e convivo com meus filhos. (...) Eu faço programa há uns 10 anos, antes eu trabalhava no Pão de Açúcar no alto da Lapa, mas aí eu fiquei desempregada e comecei a fazer programa e não parei mais.” E4.

“Pra mim [o que ganha é suficiente para viver] é porque meu pai e minha mãe trabalham; minha faculdade quem paga é meu pai então o que eu ganho é pra eu comprar roupa, pra eu viajar, pra eu ir pro shopping, pra eu ir ao cinema assistir um filme, sair com meus amigos, balada então pra mim é suficiente, é um valor bom pra mim.” E5.

“Interior [do Piauí], não dá nem pra visitar. Não tem como entrar dinheiro naquele lugar e o custo de vida é ruim, e aqui é melhor. Aqui é bem melhor do que lá, não tem como trabalhar, lá tem que trabalhar na roça. Na época eu tinha 15 anos, quando eu trabalhei na roça. (...) Aí ela [uma conhecida] me chamou e eu fui. Um trabalho tipo humilhante, a gente entrava 5 da

manhã e saia 10, 11 da noite pra ganhar 100 reais, você acha que isso é dinheiro? Lógico que não. Trabalhava lá, comia, mas eu não gostava. Ficava lá até achar um melhor em outro lugar, minha vontade era sair de lá. Vir para Teresina.” E6.

“Eu faço programa porque eu gosto, tenho muito orgulho do que eu faço, se você me oferecer um outro emprego pra ganhar tanto eu não troco.” E7.

“(...) trabalhei nas Casas Bahia por 5 anos. Depois de 5 anos, porque era muito longe, era em Santo Amaro, e morando em Santo André, era 2 horas e meia pra ir, 2 horas e meia pra voltar, aí fiquei cansada, eu mais viajava de ônibus, do que trabalhava, eles não queriam me trocar de regional, por que eu era caixa e quando eles pega uma confiança na caixa, eles não trocam, aí no caso, eles fizeram um acordo comigo, pra eu dar um tempo de 6 meses e entrar na regional de Santo André, nesse meio tempo eu fiquei desempregada, eram 6 meses que eu tinha de esperar e tinha uma amiga em comum nesse serviço, enquanto isso, que você fica em casa, que você não está trabalhando, vamos lá que você vai ganhar dinheiro e to aqui, nunca mais voltei. E é isso, já estou trabalhando aqui [na casa de programas sexuais] fazem 6 anos.” E8.

“Eu descobri a prostituição depois que eu descobri que estava contaminado com HIV, que eu tive um relacionamento homossexual com um cara durante 3 anos e no término eu vim descobrir. Conheço a prefeitura já há 15 anos, comecei a fazer programa ali já [há] uns 12, 11 anos, nem isso uns 10 anos, que foi logo que eu descobri que eu sou HIV, que eu achei aquilo, como eu era muito novinho, tinha 20 anos quando eu descobri, pra mim o mundo tinha acabado, eu não consegui mais ter relacionamento, apesar que eu tive durante 10 anos com uma pessoa aqui de Santo André, acabou falecendo há uns 2 meses, assim eu me formei na prostituição, gostei, por que a prostituição traz um glamour pra você, é glamoroso. Você está ali na esquina, eu já fui muito bonito, não que eu não seja hoje, hoje eu estou mais assim, a idade chega também, a lei da gravidade é pra todo mundo, não tem jeito. Mas era glamoroso ver as pessoas passarem, parar, perguntar, te levar e ter alguma coisa com você te remunerando, isso era o ápice pra mim, um auge maravilhoso e eu gostei, eu gosto de estar ali.” E9.

“Minha mãe sempre trabalhou como doméstica em casas de família e deixava a gente em creches até uns oito anos, depois disso era escola, casa de parente. (...) Eu me lembro muito pouco, quando fui tomar consciência de que eu era um ser humano tinha uns dez anos foi quando eu comecei a trabalhar pra ajudar a minha mãe.” E10.

“Depois que eu me separei, eu fui trabalhar, mas o valor era pouco. Foi quando eu conheci a primeira casa, que foi a casa do Dom Pedro e lá eu comecei a ganhar muito dinheiro e acabei ficando até hoje. E não me arrependo do que fiz. Foi por aí, to lá batalhando ate hoje. Há 7 anos já. E11.

“É as pessoas acham que toda garota de programa é baladeira (...). E não é bem assim. Algumas são, mas outras não. A maioria lá é por causa da profissão, assim, o que elas ganham, fazem dívidas, tudo e são obrigadas a trabalhar, tem que pagar as coisas direitinho (...). Eu, por exemplo, trabalho assim e tenho um marido que não trabalha como muitas têm. A maioria das garotas de programa tem marido que não trabalha porque se eles trabalhassem elas não estariam ali (...). E tenho os meus filhos (...) Eu, por

exemplo, trabalho assim e tenho um marido que não trabalha como muitas têm..” E12.

“(...) eu tinha um filho pequeno e tinha que sustentar, (...) já conhecia uma amiga que trabalhava na rua de garota de programa e no tempo eu não tinha terminado os estudos, nada ela me convidou pra ir conhecer eu fui e estou até hoje. (...) E13.

“Foi só pra usar droga, eu usava crack toda hora. Aí eu conheci um cara e ficava com ele ali na Industrial [fábrica abandonada em Santo André] (...) Antes eu roubava no farol, pedia dinheiro quando eu me via já avançava em tudo. (...) [depois] fazia programa. (...) Comprar uma roupa pra mim, comer (...). Tipo se eu arrumasse vinte reais dez era pro crack e dez pra mim fazer minhas coisas entendeu? Comida, roupa, higiene.” E14.

“(...) Peço nas portas, cato papelão, eu e o meu marido que é o moreno que ta comigo, pra pegar o nosso cigarrinho, eu tomo uma cachacinha também e as coisas pro meus filhos comerem também.” E15.

“(...) Pra algumas pessoas é pra outras não, algumas pessoas fazem [programas sexuais] porque querem. Mas a maioria faz por causa do vício da droga, porque a maioria tem carro tem tudo. Dava pra bancar o vício da droga [do seu uso].” E16.

“Trabalhava de firma, muita pressa, chegava em casa, era ruim não. Depois a gente vai vendo que está desempregada, tem que procurar serviço, aí a gente vem pra cá pra São Paulo, vem tentar ganhar dinheiro. Sim, a gente ganha, mas não é muito não. (...) Então, mas eu vinha trabalhar de doméstica. Trabalhar de empregada doméstica, morava no serviço, cuidava dos filhos dos outros, lá, tal. Aí eu arrumei uma amiga que falou “você é bonita, tem um corpo bonito, ia ganhar muito dinheiro sendo garota de programa. Ah, eu me lembro que eu não queria aceitar. Achava muito ruim, era horrível. Fazer programa com homem (...) Daí a mulher dizia que ‘o cliente quer você vai ficar no quarto’. Mas eu não ficava, não. O homem desmontava de mim e eu saía correndo.(...) Daí foi aí que eu, “sabe vou parar de vir pra esse lugar aqui!” Aí passou uns dias começou a faltar dinheiro, faltar umas coisas daí eu falei “Ah, eu vou voltar naquele lugar de novo, lá! Só que dessa vez eu vou ficar! Aí eu fui ficando, trabalhei até uns oito meses lá. Aí depois comecei a mudar de casa, trabalhar em outros lugares. Aí vim parar em Santo André”. E18

“Comecei a fazer programas aos onze, doze anos. (...) Só pra comprar droga. De vez em quando da vontade de comer um lanche aí eu vou lá e compro. (...) porque se eu estou na escola eu não uso drogas se eu estiver na escola eu vou ter que usar droga na escola... aí não dá certo.” E19.

5.2.2.2 Exploração, perigo e violência no cotidiano de trabalho

Pode-se perceber, através dos discursos de alguns entrevistados, a dinâmica de exploração dos trabalhadores do sexo, engendrada pela relação com os cafetões e cafetinas, e com os clientes (E7, E8, E11, E12).

Muitas vezes o local de trabalho acaba engendrando situações perigosas para os trabalhadores (E13, E18, E17), e constitui também espaço de disputa de mercado (E1, E4, E7, E9, E11 e E13). Alguns se encontravam à mercê de agressores violentos e mesmo de estupradores (E1, E14, E19). Há quem considerasse o local, em Santo André, menos perigoso que outros (E4, E18).

“Uma vez um cara pegou eu e minha amiga de carro e me deu uma mordida que só faltou arrancar um pedaço. Ele pediu pra minha amiga chupar ele, ela não quis, ele deu um soco no olho dela. (...) A única vez que foi no hospital foi essa, que foi estuprada mesmo”. E1

“(...) Por isso eu sei me cuidar, desde que eu comecei eu aprendi assim. Porque quem não seguisse as normas [sobre convivência no espaço] lá, elas batiam. Tinha que fazer do mesmo jeito, as mesmas coisas. (...) Aqui quando tem uma briga, cinco minutos depois já estão se falando. (...) Parece que aqui [Praça do Carmo] as mulheres têm a idade um pouco mais avançada. Aqui é bom. Eu me dou bem com elas, são pessoas bacanas. Aqui não tem drogas no nosso meio, em São Paulo tem muita droga, muita violência. Aqui, quando tem uma briga, cinco minutos depois já estão se falando.(...) Nem eu, nem minhas amigas ligam. No fundo você sabe quando alguém faz alguma coisa errada, a gente só se assume. Se for ver bem a sociedade é bem pior. O que adianta não fazer e ter a mente suja. Os policiais tratam a gente muito bem, teve [policiais] da antiga que maltratava, xingava a gente, queria agredir.” E4.

“(...) Amor eu fui pra Campinas fiquei dois anos. Depois vim pra cá, lá é terrível, eu caí no meio das cobras aí eu vim pra Santo André que é mais light, e to aqui até hoje. (...) o que eu sou, tudo o que eu faço, porque hoje eu me prostituo, mas eu sou uma empresa pra mim, um comércio, eu trabalho pra ganhar meu dinheiro e com cabeça erguida entendeu. Eu posso ver uma carteira recheada de dinheiro no chão, eu não pego. Eu sou uma pessoa extremamente honesta, eu sou uma pessoa muitas vezes tirada como arrogante, as pessoas falam que eu tenho falta de humildade. (...) mas eu não fiz a cirurgia pra prostituir a minha vagina, se o cara for pagar (...) eu vou cobrar muito caro (...) eu não comia ninguém, sempre fui passiva, eu nunca gostei de trabalhar no meio de travestis sempre no meio das meninas até que eu fiz a cirurgia, já faz cinco anos que eu operei. (...) Era gay que se montava e ia trabalhar em Campinas, aí eu fui com ela, caí na casa de cafetina e comi o pão que o diabo amassou ela aparecia com um monte de vestidos e me obrigava a comprar se não comprasse não comia, apanhava terrível cafetina é isso. (...) Elas não ajudam não elas atrapalham, tem que acabar com isso; travestis de quinze, dezesseis anos morando com cafetina isso é cadeia, cadeia nelas tem que acabar com isso, eu to fazendo essa denúncia porque eu tenho coragem mesmo. (...) como eu sou loirona e a única operada dali, isso gera curiosidade e os homens todos querem sair comigo, ficam todos em cima de mim. (...) é difícil e tem muita inveja ali ninguém gosta de mim, elas me aturam, mas eu também não faço questão de ser amiga de puta, puta não é amiga de puta, rivalidade sempre vai existir.” E7.

“(...) A gente subiu [para o quarto da casa de programas], achei aquilo horrível, só que a recompensa é o que, você vai sem dinheiro nenhum. É estranho, é só que você sai com dinheiro no bolso. Também não vai dizer que é vida fácil, é dinheiro rápido, aí você fala, deu certo, então amanhã eu vou voltar. E assim sucessivamente. (...) Eu queria mesmo é fazer papa-Nicolau, só que tem aquele negócio, é difícil a gente sair daqui [das casas de programas sexuais, pois pagam multas se saírem para qualquer coisa]. (...) Eu não sei a redução de danos sabe, mas a ‘cafetinagem’ é uma quadrilha, entre os cafetões e a polícia, todos os cafetões pagam uma propina pra polícia, só que quando nós precisamos deles, eles nunca ficam do nosso lado. Eles estão sempre do lado dos cafetões.” E8.

“A polícia não enche o saco da gente, porque, eu sou tipo o porta-voz, eu falo, não é crime eu me prostituir, é crime eu ficar proveito da prostituição alheia. Mas de certa forma é uma afronta à prefeitura a gente estar ali (...). Antigamente tinha mais opções porque tinha agência. Eu me jogava na agência durante o dia e depois subia, tomava banho e 7 da noite eu tava na rua. Eu trabalhava na Alameda Jaú e lá os clientes pagam bem. (...) Po que tem muito homossexual, que não gosta de michê, tem muito homossexual que não gosta de travesti, tem muito isso no meio.” E9.

“(...) por que no primeiro dia, que eu fui atender um cliente, a menina fez oral no cliente, depois mandou fazer, só que ela tirou o preservativo e mandou eu fazer sem, eu olhei pra ela, e falei, porque você fez com preservativo e eu tenho que fazer sem? (...) Ela [colega de rua] trabalhava nessa casa, ela me levou, ela já tinha trabalhado lá um tempo, ela tinha saído e tava trabalhando na rua. Eu fui lá, gostei e to até hoje (...) Gostaria que não só vocês conversassem com as garotas, como também com os donos das casas, por que quem trabalha na rua é livre, quem trabalha na casa não (...). eu falo pra usar sempre preservativo, nem que o cliente pagar, porque 50, 100 reais não paga a vida delas. E quando o cliente chega a pagar pra uma garota de programa, pra fazer sem preservativo, é por que ele já tem alguma coisa. Porque uma pessoa que tem amor à vida, que não tem nada, não pede isso e quem aceita também (...) porque alguém saudável não aceita, eu tenho que passar pra ela isso, não deixar enfiar dedo, não deixar chupar, se ver qualquer coisa do cliente, bolinha no pênis, qualquer coisa eu falo, nem com preservativo. O preservativo vai proteger só o pênis, se ele tá cheio de verrugas em volta, naquele esfrega, esfrega, pode passar pra ela. (...) Não somos maltratadas pelos clientes, somos maltratadas pelos cafetões. São os cafetões que não respeitam a gente, que não dão dignidade pras garotas que trabalham pra eles. (...) É onde eu gostaria que tivesse a sociedade, pra nos escutar.” E11.

“(...) Tem a cafetina, que é uma pessoa ordinária mesmo, demais. (...) eles [as travestis] vêm de longe pra cá, então eles têm que pagar a diária, eles têm que pagar a água, eles têm que pagar a luz que consomem, eles fazem, pra conseguir por cor nos cabelos, essas coisas, eles têm que passar por situações indignas, por exemplo, [peruca] no cabelo, pra colocar é 500 reais, um cabelo comprido é R\$ 1.500 e aí eles têm que pagar, tem que pagar diária... Então tem uns travestis ali que são até escravos da cafetina, mesmo... São humilhados... muito judiados (...) Mas os próprios travestis, os mais antigos, são os que acabam explorando e judiando dos travestis que estão aí hoje (...) Então, eu falo isso por que eu já vi muito esse filme... É muito difícil escapar. Muito difícil mesmo. Normalmente por causa de dinheiro. E por medo de ficar na rua, jogados, sem ninguém que

ajude, não tem uma casa de apoio que fala - olha, nós vamos ajudar você, você vai trabalhar sem depender de cafetina.” E12.

“(...) então as meninas das casas, elas têm muito pouco contato, porque elas têm muito medo da gente. (...) porque as meninas das ruas são mais agressivas (...), tem que fazer alguma coisa já quebram uma garrafa, já vai pra cima, já enfia uma faca (...)” E13.

“Na dependência da droga eu tava na Avenida Industrial tentando fazer programa, aí ele chegou, marcamos de fazer o Programa lá na firma, tudo escuro, fiquei com um pouco de medo, subi no terceiro andar, lá eu pedi o dinheiro adiantado, aí ele falou que não... que só depois que terminasse aí eu falei então eu vou descer, nessa que eu virei as costas ele me pegou pelo cabelo e começou a me agredir, querendo ter relação, mas não conseguiu penetrar em mim... mas com os dedos ele me cortou.... me rasgou... feriu os seios e cortou a vagina....aí com a barulheira toda subiu dois caras que me ajudou bateram muito nele... eu só falei não mata pelo amor de Deus...mas a vontade era de fazer isso.” E14

“(...) um cara perguntar quanto é programa, eu falo então você vai em um hotel aqui em São Caetano, que é próximo. Ele fala tudo bem. Era até um Omega, ele travou a porta e não dava pra tirar porque era aquele pininho baixo, ele me levou lá pra estrada velha de Santos, passou a Estância e aí ele falou eu te amo, eu nunca tinha visto ele, psicopata mesmo, falou que me amava que não sei o que, aí ele parou e falou : - eu vou fazer um xixi que estou apertado, eu falei ta bom e pensei tenho que manter a calma, não adianta chorar, me desesperar que não vai adiantar...quando foi descer ele abriu o pino saiu pra fazer xixi, eu corri, entrei no meio do mato e fiquei enrolando nesse mato, fiquei um bom tempo...e aí ele desceu e aí ele veio atrás de mim dizendo: Amor sai daí daí é perigoso, isso na estrada velha de Santos, lá não vi mais nada, e eu quietinha lá, fiquei lá, acho que eu fiquei lá mais ou menos uma hora, aí eu peguei e vim caminhando, dava moto e os carros passava, nem parava. Eu andei mais ou menos uma hora ate chegar num barzinho, a hora que eu cheguei num barzinho, todo mundo viu minha cara assim, meu estado, e a dona do bar veio falar comigo: - você é louca, porque que você saiu dali, ali só estuprador, só tem assassino, dona Gisela falou pra mim, meu Deus graças a deus não deixou nada acontecer comigo, aí eu pedi um telefone pra ela, não falei que era garota de programa, porque se você fala, eles já falam que é um problema seu que você está lá porque quer entendeu e liguei para o meu namorado e ele foi ate o local e me pegou, mas eu fiquei, muito, muito ruim. Todos os carros que parava eu me assustava e não queria entrar.” E17.

“A gente tem muita depressão. Muito depressivo. A solidão vem. Esses homens são uns chatos. São chatos só que a gente precisa deles. Eles que dão o dinheiro (...), mas eles são muito ignorantes, não dão valor pra gente, você entendeu? Quando a gente precisa deles em termos de perigoso a gente já está até acostumada, eu trabalho faz muito tempo então eu tenho mais ou menos a noção de cara que quer aprontar sabe? Meu coração já fala ‘não entra dentro do carro’, aí eu finjo que não entro e falo “eu vou andando e você entra de carro no hotel. Aí a gente vai. Mas é muito difícil. Há algum tempo atrás a gente entrava no carro e o cara batia na gente, comia a gente e não pagava, roubava a gente, a bolsa, sabe?Aqui é mais sossegado. Nos outros lugares não tem isso, não. Que nem na cidade que a gente tá. Amanhã eu vou pra lá [São Paulo]. É bom pra trabalhar lá. Lá só

tem cara de dinheiro. Mas a gente corre muito, a policia bate, corre muito da policia. Aqui é muito de boa [Santo André]” E18.

“Os caras da rua ficavam tentando, tentando até que um dia eu fui estuprada dentro da fabrica [fábrica abandonada em Santo André] eu lembro que ele tinha um cachorro um dálmata... Só Deus que me ajudou..quando ele terminou eu só vi o pano na mão dele cheio de sangue. Da minha “piriquita”, deu hemorragia...quando eu cheguei no médico estava saindo muito sangue. Depois que ele terminou ele me amarrou e colocou um pano na minha cara ...aí eu sai e com o pano só dava pra ver a luz do sol... aí eu fui andando, andando com o pano na cara e quando eu fui ver eu já estava na pista e dei de cara com a Garra [Polícia] aí eu desmaiei ...aí quando eu acordei eu estava no colo da minha avó na delegacia fazendo BO ainda, e quando eu saí da fabrica eu falei pros caras da garra: foi o homem do cachorro, foi o homem do cachorro! Aí a Polícia chegou na casa dele, bateram nele e ele estava já com as malas prontas para fugir.” (...) “uma vez o cara me pegou me levou lá pra “puta-que-o-pariu” e me comeu a força e ficava me pedindo pra beijar ele aí eu beijei e ele quase arrancou minha língua fora e eu fui parar no NAPS depois disso aí por causa dele [segundo estupro sofrido].” E19.

5.2.2.3 Perspectiva de futuro

Movidos pelo desejo de uma vida mais qualificada, vários trabalhadores das ruas mostraram sonhar com melhores colocações no mercado de trabalho e com uma vida mais tranqüila (E4, E5 E7, E13 e E17).

“Agora eu to a fim de procurar emprego e parar com isso também.(...) Acho que o governo deveria registrar essas pessoas, pra pagar INPS. A gente pensa, quem sabe registrando melhora. Acho que eles não pensam muito, eles fariam uma reunião, registraria pra pagar INPS e se aposentar. A gente não tem direito a nada.” E4.

“Eu quero ter um trabalho registrado, continuar com meus shows de Drag, quero tirar carta, ter minha casa, morar sozinho. (...) Eu sou homossexual e estou Drag, se amanhã não tiver mais público para que eu faça meus shows de Drag será que eu vou continuar sendo Drag?” E5.

“Porque é o caminho mais fácil de ganhar dinheiro, ninguém faz um planejamento, a prostituição é passageira, um dia acaba. As pessoas pagam INSS? Eu pago, eu não vou me prostituir com cinquenta sessenta anos, as pessoas, essa nova geração não esta se programando, essa nova geração não tem objetivo, eu, por exemplo, estou investindo em imóveis o objetivo delas é colocar silicone, fazer uma plástica, se “bombar” toda, acabar o dinheiro com droga é o que está acontecendo”. E7.

“O que eu ouvi as meninas falando, é quem sabe a gente não pode ter a carteira assinada. (...) Não sei muita coisa não, quem falou eu não me recordo, mas que precisaria ter um negócio na câmara pra haver lucro pra acompanhante, pra ver se aprovava. (..) Tudo a gente evolui pra melhor, mas acho que não são todas que vão querer assinar a carteira, mas lógico que seria melhor pra gente, quantos anos a gente tem que pagar, isso, a

vida de garota de programa é muito curta. (...) Eu acho que não, eu tenho que trabalhar quantos anos pra isso, mas eu acho que quem está começando. Se for um benefício, que venha.” E8.

“é o meu sonho sair da rua, eu não vejo à hora de fazer meu curso de enfermagem que é dois anos e assim que eu arrumar emprego, eu saio. O máximo que eu vou ficar na rua aliás ainda é dois anos e meio, porque o meu curso é de dois anos e como eu tenho bastante amigo nesta área não seria tão difícil pra mim. (...) pensei vou voltar a estudar, fazer faculdade, fazer meu curso e vou continuando meu trabalho freqüentemente pra juntar uma grana e fazer alguma coisa, agora venho todos os dias e vou fazer enfermagem”. E13.

“Agora (...) eu vou ver se eu ainda consigo pegar o vestibular da UNIBAN que nem dia 31 acho que é o último dia da inscrição e dia primeiro, que já é domingo agora, eu acho que eu não vou conseguir eu vou ter que tentar com a UNIP. Só que a UNIP não tem psicologia e eu queria psicologia.” E17.

5.2.2.4 Um pouco de satisfação

Entre os entrevistados nota-se a existência de sujeitos que se encontravam felizes com suas escolhas e não trocariam seu trabalho atual por nenhum outro (E9, E7, E5 e E12).

“Eu ganho dinheiro (...), me divirto muito, eu viro outra pessoa, você pode ver pelas fotos, mudo pra caramba. A primeira vez que eu me “montei”, nem minha mãe me reconheceu. É onde eu me divirto, assim eu extrapolo tudo, pra mim Drag é exagero e risadas, é humor e eu fico muito feliz quando falo com as pessoas depois, recebo convites pra fazer outro show, eu fico bastante feliz assim.” E5.

“Hoje eu posso dizer que sou uma pessoa feliz, determinada, trabalhadora, persistente, não deixo nada subir minha cabeça, não coloco minha saúde em risco enquanto eu puder, eu quero viver, envelhecer bem com dignidade. (...) Eu faço programa porque eu gosto, tenho muito orgulho do que eu faço, se você me oferecer outro emprego pra ganhar tanto eu não troco. (...)” E7.

“O pessoal fala que está na hora de parar, ‘já ta ficando tiozinho’, eu falo que quando tiver de bengalinha ainda estou vindo pra cá quando puder, acho tudo legal e os sonhos que a gente sempre teve, por que as coisas acontecem na nossa vida porque tem que acontecer. (...) mas eu já tive cliente que me tratava como príncipe, já tive cliente que me tirou da rua, que bancava tudo que eu queria, eu falava, eu ganho isso por semana, você vai me dar, só que não agüenta, mas a gente também que vai pra rua não agüenta ficar confinado (...) E9.

“(...) Se ela levar com cuidado ela consegue, até ficar rica, por que não. Trabalhar bastante, ficar rica, [trabalhar] o dia todo, trabalhar, ralar, se manter, não fumar, não beber, não usar drogas, não tirar nada de ninguém, cuidar da saúde, não gastar com bobagem. É um trabalho. Um trabalho diferente! E um trabalho complicado. Mas não deixa de ser um trabalho.” E12.

5.2.2.5 Legalização?

Há ainda quem tivesse discutido o futuro da perspectiva da legalização da profissão de prostituta, mostrando então que se trata de uma questão controversa - E12.

“Eu acho até que eu sou contra a legalização da prostituição por causa disso. Eu sou contra, por que assim, a legalização, ela vai trazer muitas meninas que antes não teriam coragem de se assumir assim, a entrar num ambiente e resolver trabalhar. Então eu fico imaginando, hoje em dia, um puteiro, uma boate aí, cheia de homem querendo ganhar dinheiro, e não tem um psicólogo para atender as meninas, pra saber como elas estão como estão levando a profissão delas, como deixam de levar, se estão cuidando da saúde, se não estão, por que não se sabe se tendo uma fiscalização. (...) O governo só quer abocanhar um imposto que as garotas de programa estão deixando de pagar pra ele, e aí acaba também. A preocupação do governo é só essa, não existe preocupação nenhuma. Não foi feita sequer uma pesquisa pra saber se as meninas querem ser chamadas de prostitutas na carteira.” E12.

5.2.3 Vida

5.2.3.1 Preconceito e marginalização

Praticamente todos os entrevistados referiram sofrer preconceito no dia a dia, seja porque trabalhavam com sexo, seja pela opção sexual que fizeram, seja porque eram pobres, soro positivos ou negros – (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17 e E19). Tal preconceito contribui, em suas opiniões, para a marginalização e exclusão. Mas houve quem refletisse criticamente a respeito de certo “permissionismo” da sociedade quanto à figura do gay, dado que faz parte de uma comunidade que também se encontra sob a mira dos capitalistas (E10).

“Falaram [serviço de saúde]: - Ah você faz programa, é? Então acho melhor esperar um pouco. (...) foi no hospital de Mauá. Nossa, a gente foi muito maltratada. (...) um médico [ginecologista] perguntou se eu não tinha vergonha na cara [a companheira dela aguardava na recepção e ele a viu]. Eu disse pra ele que eu não queria saber a opinião dele” E1

“ (...) Já, era época de natal, eu entrei no mercado com minha amiga e estava um dia bonito e eu fiz uma pergunta a um cliente .que encontrei. Então a esposa dele (...) disse: - O que ela tá falando? (...) Então ela disse:

- ela acha que eu não sei que ela fica ali na praça. [local de prostituição]. (...) Eu fiquei muito magoada com aquilo.” E1.

“Trata a gente como lixo, como um qualquer, um cachorro (...) As pessoas vêem a gente e falam: - Olha lá, ta vendo o mendigo tomando cachaça no bar, não presta maloqueiro, eu já cansei de escutar isso na minha vida. Eu não agüento mais viver assim” E2.

“O povo fica olhando, a gente não consegue nem comer direito, como se a gente fosse um mutante. (...) principalmente quando o médico é homem. Alguns são muito preconceituosos, às vezes, a gente vê um deboche deles com a gente.” E3.

“Às vezes, as pessoas passam, viram a cara, xingam, eu xingo também. Eles olham pra gente como se a gente fosse diferente. Aí a gente acaba agredindo eles com palavras. Eu e minhas colegas xingamos eles. Você não pode prever o futuro, pode acontecer com a filha deles, com um parente deles, porque é normal.” E4.

- (...) mas tudo que é diferente, tudo que é fora do padrão, as pessoas vão falar. Mas eu não me escondo, eu faço show, tenho que voltar de ônibus ou de trem eu não me desmonto no meio da balada pra ir embora até a minha casa. Eu entro em casa de salto, de peruca e dentro de casa eu me transformo em (...) de novo. Eu não me escondo, dá aquele medo de ser agredido dá. Que nem outro dia eu tinha acabado de fazer um show e estava com fome aí eu e uma amiga Drag fomos “montadas” no Habib’s da Dom Pedro. Primeiro a garçonete não quis atender, aí eu fui falar com o gerente, ele disse pra mim não estressar e tal. Aí tudo bem. Depois tava tendo uma festa de criança e veio umas crianças de mais ou menos uns nove anos, me viu e chamou os outros amigos pra verem. “Aí a mãe deles disse: cuidado não chega perto se não ele pode te bater.(...) Eu acho que todo mundo tem preconceito, mas é pior quando é preconceito falso tipo fala que é normal ser homossexual, que não tem nada demais e se tivesse um homossexual na sua casa, ia pensar do mesmo jeito? Eu acho que sou muito corajoso por ter assumido com catorze anos em casa, a família extremamente católica e eu era gay, porem preconceito pra mim eu tirei numa boa.” (...) “É o que eu falo eu faço muita questão de que as pessoas que eu gosto estejam comigo que são as pessoas mais importante da minha vida, eu tendo essas pessoas perto de mim o resto pode me marginalizar, pode me excluir que pra mim vai ser indiferente. O ano passado que foi meu último ano na escola foi um pouco difícil, e eu me senti excluído pelo fato de ser gay e tal, eu não escondi de ninguém que era gay, mas eu supero isso rápido, eu passo por cima.” E5.

“Eu me sinto um estranho na frente delas [das pessoas], por que eu não me acho normal, um homem querendo ser mulher, não é normal, é como as pessoas imaginam. Como se você fosse doente. (...) A gente se sente mal, um olhar estranho, um olhar diferente. (...) Eu acho estranho as pessoas falam, é “viado”. Acho que não respeitam não, porque é “viado”, não presta, é um lixo. (...) se sentir um lixo, se eu pego uma coisa que eu já usei, joguei pra lá e leva pro lixo. (...) Acham que a gente faz [sexo] sem camisinha com todo homem, que a gente não se cuida.” E6.

“Desde que eu nasci eu sempre fui excluída, eu sou excluída a todo o momento porque eu sou uma pessoa muito difícil de se lidar, eu não sou hipócrita, eu não uso mascara. (...) A sociedade vê a gente como ‘viado’ operado. (...) o meu cirurgião é um que apareceu com quinze mil reais, ele

opera, ele não faz avaliação psicológica nada, se aparecer um homem barbado de peruca ele opera, banalizou. (...) começou como uma criança de família simples, de pais divorciados, criada pelos avós e teve uma infância feliz, porém eu tive muito preconceito porque eu sempre fui afeminada sempre tive cara de menina, na escola eu era bastante criticada, zoadas, apanhava, tive que entrar em escola particular, naquela época, início dos anos oitenta, tinha muito preconceito não era como os homossexuais de hoje. Até que eu me descobri mulher, descobri com treze, catorze anos e comecei a me vestir de menina, fugia de casa, meu pai mandava raspar minha cabeça, apanhava, sofri muito, comi o pão que o diabo amassou, mas eu sempre fui muito forte, sempre fui muito guerreira sempre procurei o caminho da felicidade, nunca me senti homem, sempre lutei pra me assegurar, o que eu sou hoje.” E7.

“Às vezes, eu entro de manhã no ônibus e todo mundo fica me olhando, olha lá o michê, ou olha lá a puta, o povo sabe, e outra nunca fiz questão de esconder de ninguém, eu moro aqui, nasci e fui criado aqui, não tem quem não me conheça e eu nunca mudei meu nome pra trabalhar, nunca. (...) Eu vejo de uma forma natural, eu vejo o sexo como uma coisa fisiológica, a mesma coisa que ir ao banheiro fazer xixi. (...) Marginalizado a gente é todo dia. As pessoas nunca vão encarar com naturalidade. Marginalizado a gente é mesmo, a prostituta, o travesti, o michê, vai ser marginalizado” E9.

“Nesse tempo que eu ficava sozinho com meu irmão minha mãe saía para trabalhar e eu tomava conta dele e eu colocava a roupa da minha mãe, sem ela saber, e colocava nele também, não sei se é genética ou se influência, mas se fosse influência meu irmão também seria porque ele é homem totalmente. Acho que é genético, mas quando eu percebi mesmo, por volta dos dezesseis, treze anos, eu não me aceitava [a homossexualidade]. (...) Amigo pra mim são aqueles que estão sempre do seu lado e a maioria deles se afastaram totalmente e como eu sou uma pessoa de certa forma forte, eu não me entreguei, não me abalei, continuei a minha vida eu ainda tenho hoje parentes que não falam comigo desde que eu me assumi e parece ironia do destino tem filho que é gay só que ela não percebe. Tem gente que fala: - ah você é gay legal, mas só que quando é com você é diferente não aceito isso pra mim, aceita com o outro. (...) Já tive problemas em outros postos de saúde e você percebe não escancaradamente um deboche, mas você vê risadinhas, piadinhas então isso às vezes inibe que a pessoa volte. (...) Tudo que é fora do padrão é diferente, a sociedade impõe o padrão e ou você cumpre ou você está fora dela, por mais que não demonstrem isso e eu penso será que se eu não fosse assumido seria mais fácil? Na escola, com meus amigos, com a minha família, mas se eu não fosse assumido eu não teria o que eu tenho hoje, os meus amigos, a liberdade de conversar com meus pais, sem preconceito e o meu pai ele mudou, ele achava que ser gay era uma doença que precisava de tratamento hoje ele sabe que é só uma opção sexual. Hoje ele sabe disso e o que me marcou muito foi quando ele me abraçou e me pediu perdão e disse você faz o que você quiser agora daqui pra frente, mas eu respeito os outros. Que nem faz dois anos que eu namoro e eu não fico beijando ele no shopping, pra todo mundo ver, mas eu acho que não precisa ficar dando aqueles beijos quentes, nem pro casal ‘hetero’ nem pro casal homo. Por isso que eu digo existem pessoas boas e pessoas ruins, no trabalho em tudo, pode ser um bom profissional ou um mal profissional, pode ser uma boa pessoa ou pode ser uma má pessoa...acho que vai de você escolher. E a sociedade ela finge que aceita porque ela não pode excluir assim de tudo.

Pra você ter uma idéia a Parada Gay é o terceiro evento que mais gera lucro no mundo, você acha que vão perder, que vão deixar escapar? Tem motivo pra acabar? Não tem... pra eles é bom eles ganham dinheiro através disso com pedágio, comércio. "Porque a sociedade estipula pra gente um padrão de conduta e as pessoas falavam que isso passa, que era coisa de adolescente e chegou nos dez não passou, chegou nos treze não passou, dezesseis não passou...eu fui assumir mesmo com dezoito anos. (...) Hoje o conceito vem mudando o bastante através do trabalho de ONGs e vem mudando também a consciência, existem leis que protegem as pessoas por mais que exista preconceito nas grandes capitais como São Paulo, Rio de Janeiro a aceitação é maior. (...) Que era pecado, que isso não podia acontecer...porque Deus...fiz homem para dar continuidade a humanidade, não trazer vergonha aos pais, eu sentia mas não queria ter esse sentimento de gostar de outro homem, por isso mas eu de certa forma acabei abrindo minha mente para o mundo porque até então até minha mãe quando eu contei pra ela chorou, não aceitava, porque na minha família não tinha e eu falava pra ela que são como qualquer outra pessoa, seres humanos, ponha-se no lugar da mãe dessas outras pessoas se as pessoas me maltratassem a senhora ia gostar? Não, então é a mesma coisa, a senhora sempre quis que eu fosse médico, mas eu não quero ser médico, se eu tiver oportunidade eu quero ser advogado porque eu me simpatizo com isso, sempre fui mostrando pra ela o outro lado. (...) Essa pergunta é difícil, mas... eu não me sinto excluído porque eu faço meu espaço então mas eu vejo pessoas que se anulam, não sei se por falta de informação na escola ou dos pais, mas se excluem ficam no gueto ou vivem uma falsa identidade, virar travesti, querer pensar como mulher, eu sei que nunca vou pensar como uma mulher mas tem gente que incorpora o espírito de mulher e às vezes quer ser até mais do que a mulher. E hoje pra eu sair e procurar um emprego é mais fácil do que se eu sair da minha casa vestido de mulher, de batom e eu acho que não precisa. Tem pessoas que acham que a sociedade tem que aceitar à força e não é assim, a sociedade vem sofrendo transformações há anos e isso não é assim." E10.

"Eu falo que sou garota de programa. Antes eu tinha vergonha hoje não. (...) já aconteceu comigo nas casas Bahia, de eu ir comprar a minha televisão, perguntar a minha profissão, eu falei pra ele, ele olhou pra mim assim, eu falei: - por que você está me olhando desse jeito? O que você ganha em um mês, eu ganho em uma semana. O meu dinheiro é igual ao seu. Eu quero falar com o gerente, e falei pra ele. Ele ta me tratando diferente, por que eu sou garota de programa. Saindo daqui, eu to indo procurar meu advogado. (...) A sociedade vê a gente como pessoas preguiçosas, como vagabundos. É assim que a sociedade vê a gente." E11.

"Ah, eu faço programa em Santo André, aqui na Dom Pedro, tenho a uma vida normal como todo mundo, horário pra chegar, horário pra sair, tenho aquela vidinha em casa, contas pra pagar como todo mundo tem, então, assim... eu tenho uma vida muito normal. É uma vidinha até chata. É as pessoas acham que toda garota de programa é baladeira (...) E não é bem assim. Algumas são, mas outras não. (...) Eles não são aceitos pela família. São diferentes. Os homossexuais são diferentes. O homem trouxe um comportamento padrão, todos nós teríamos, na verdade, mas o homem tem um comportamento padrão, a mulher possui um comportamento padrão, e os homossexuais possuem o padrão deles. E é muito difícil aceitar isso. Inclusive eu convivi muito tempo no meio de homossexuais, então eu tenho muitas manias deles. Às vezes eu sento num lugar assim e vou conversar

alguma coisa e as pessoas olham assim pra mim, com certa diferença. A sociedade é hipócrita, todo mundo faz bobagens, essas pessoas são as que sustentam a gente, entendeu, mas na hora que olham assim pra gente, eles ficam... Eles sentem a diferença, não aceitam.” E12.

“(...) eu pego a carteirinha de vacinação, as carteirinhas que eu tenho das meninas da perua, da Vila Guiomar (...) ela [agente de saúde] dá aquele risinho cínico, sabe que dá pra você notar na hora [a carteirinha indica os serviços que acompanham a usuária].” E13.

Nesse momento que eu fui lá [no serviço de saúde], porque eu estava suja então pra eles, aquele ambiente pra mim não servia. Então eu já me senti discriminada.” E14.

“Eu vou falar uma coisa pra você, eu tenho vontade de voltar a trabalhar, mas como eu tenho HIV eu acho difícil conseguir um serviço. Muitas pessoas têm preconceito. Tinha umas amigas minhas que me ajudavam, com mantimentos, depois que ficaram sabendo que eu tinha HIV ela virou o rosto pra mim, ficaram com medo, aí eu falei: - eu tenho a doença, mas eu não transmito pra ninguém o vírus da doença se tomar uma água no mesmo copo ou se fumar um cigarro, e ela desfez de mim. Não queria mais conversar.” E15.

“Eles sempre tiram um barato, eles zoam (...) porque você é diferente das outras pessoas porque ser gay pra eles é uma coisa de outro mundo porque que nem os vizinhos aqui ninguém gosta de mim porque (...) eu moro com outro homem, porque eu sou gay, tem gente que vira a cara ou olha de cara feia já me maltrataram por eu ser gay. As pessoas querem se aproveitar. Me vêem como bicho, como uma pessoa que não presta, não vêem como uma pessoa normal que tem uma vida normal, que pensa, te vêem como uma pessoa podre, escrota. As pessoas não dizem mas dão a entender que você é um excluído.” E16.

“Ah uma vez eu fui entregar currículo com a minha irmã... só que ela é mulata bem clara [a entrevistada é negra]... bem clara... e eu fui entregar currículo em várias lojas, aí uma hora eu parei um pouco e pedi pra minha irmã entregar o currículo pra mim...aí minha irmã entrou em uma loja e entregou o meu currículo e perguntou se estava precisando e o moço falou: - ta...ta precisando, fica aqui já que você já faz uma entrevista com a gente. Aí ele olhou bem pra cara da minha irmã e perguntou: - você já tem dezoito [anos]? Minha irmã disse : - não eu sou "de menor", tenho dezessete, mas minha irmã é "de maior", espera só um pouco que eu vou chamar ela ali fora ... aí minha irmã foi lá me chamar e quando a gente voltou ele olhou bem pra mim e pra minha irmã e disse: - Então, como eu estava falando com a sua irmã você deixa o currículo aí e a psicóloga vai chamar a partir de semana que vem (...) E qualquer coisa agente te liga. Eu olhei pra cara dele, minha irmã olhou pra cara dele ... aí falei ta bom... aí saindo minha irmã falou pra mim que ele disse que era pra fazer a entrevista agora... e quando me viu falou outra coisa. Preconceito!” E17.

“(...) [no hospital] quando eu estava com vidro no meu pé eu fui lá e me deixaram três horas esperando e eu morrendo de dor dentro do hospital. (...) porque eu estava na rua, estava suja.” E19.

5.2.3.2 Angústia e depressão

A maioria dos entrevistados referiu certo mal-estar, expresso em diferentes sensações que iam da angústia e depressão, passando pela solidão e pelo ceticismo (E2, E3, E6, E7, E9, E12, E13, E14, E15, E18 e E19) até o extremo de tentativas de suicídio (E2, E9).

“É porque eu sou um lixo... já peguei a faca e fiz isso umas três vezes. Porque sim... to com raiva do mundo. Raiva de gente que vai fala tudo e depois chegar na hora e olhando pra você... e não ajuda, promete e não cumpre e eu to de “saco” cheio... gente batendo na minha cara... eu to me segurando faz tempo... eu não to me segurando mais não. Comprei veneno minha mulher que tomou... ela tomou de mim... e eu vou comprar outro. Não sei... não to agüentando mais não. A rua. Sem tomar banho sem nada... não agüento mais não... não agüento... albergue eu não quero... Ah eu quero uma força de vocês (...) se pode pagar um aluguel pra mim, qualquer casa ou depósito, alguma coisa ou sei lá... eu não agüento mais não, ou pensão... alguma coisa...” E2.

“Acho que é fome, porque eu to de dieta, e também saudade da família, ainda mais agora que chega o final de ano [fala sobre o fato de estar triste no dia da entrevista].” E3.

“Eu me sinto um estranho na frente delas, por que eu não me acho normal, um homem querendo ser mulher, não é normal, é como as pessoas imaginam. Como se você fosse doente.” E6.

“Não, eu não sou de ninguém eu sou de mim mesma. (...) eu não amo ninguém, eu não sei o que é amar, eu nunca ameí, eu me amo. Não confio no ser humano, volto a repetir. (...) eu sou uma pessoa muitas vezes tirada como arrogante. As pessoas falam que eu tenho falta de humildade, mas isso é uma defesa porque eu apanhei muito na vida eu sofri muito eu não confio no ser humano eu não tive um amigo que não foi falso comigo, todos... eu não tenho amigos, amigo é uma coisa assim que... eu sou só... eu sou extremamente só, porque as pessoas são muito invejosas então eu fico só no mundo só eu e Deus, é melhor só do que mal acompanhada eu acho melhor... o ser humano é podre, o ser humano não presta, o ser humano destrói a si próprio, como é que eu vou confiar no ser humano se eu não pude confiar na minha própria mãe... mas eu prefiro ficar só, o meu suporte é meu dinheiro.” E7.

“(...) o meu infectologista me disse que eu sou uma pessoa muito depressiva, mas não tem jeito, eu tomar antidepressivo, se ficar eu não tomo, sabe o que eu falo, vai até aonde der (...) eu entrei numa depressão tão profunda, que isso aqui foi tentativa de suicídio (...). Só que pra mim foi um choque muito grande, descobrir o HIV [aos 17 anos] hoje eu falo com uma naturalidade grande, mas não foi uma naturalidade, eu falo que não to nem aí, mas eu não aceito a doença, pela pessoa, você conviver com a pessoa um determinado tempo, eu praticamente era uma criança, se for ver, conheci ele com 17 anos, com 20 anos a gente terminou o relacionamento, eu tava começando a vida, é diferente, eu sei de quem eu contaminei, tem um monte de amigo meu aí, que apronta, “trepa”, faz o que quer, depois faz o exame, o que eu faço não era bem por aí, sabe o que é ter um parceiro

fixo, principalmente por que ele não dava espaço pra mim, ele me deixava no meu serviço eu trabalhava numa clínica de estética, ele me deixava de manhã e à noite ele ia me buscar, todo dia era assim, foram 3 anos da minha vida assim, eu não tinha espaço, pra eu sair sozinho, às vezes até me sufocava, mas eu gostava demais, quando eu descobri, que eu tava com HIV, meu mundo acabou e eu comecei a entrar em Depressão, só que isso mudou muito meu comportamento, meu caráter, meu jeito de ser, minha mãe fala, tem dia que eu não reconheço você...E não adianta, eu já tentei passa por um psicólogo, por psiquiatra, não adianta, não dá pra mim. Se era pra acontecer paciência. (...) sabe quando te dá uma tristeza muito grande, eu só pensava em me matar, não tinha motivação pra nada, então, a gente teve uma briga em 2 de novembro, aí foi quando eu fui pra cozinha, peguei a faca, aí nada, como eu não conseguia me matar eu enfiei, então, saiu um jorro muito grande e eu desmaiei. Acordei no pronto-socorro. (...) Pra eu estar legal eu tenho que estar na rua, se eu ficar dentro de casa, me bate uma agonia, uma tristeza, desespero, sempre (...) eu entrei numa depressão tão profunda, que isso aqui foi tentativa de suicídio, foi dia 2 de novembro agora. (...) Eu me cortei inteiro pra marcar, faltou meio centímetro pra pegar a jugular..." E9.

"Eu tava meio pra baixo, não tava conseguindo raciocinar direito. Que quando a gente usa muita droga, a gente fica meio lento... então eu tava meio lenta, não conseguia me levantar. você fica deprimido, aí sua vida não anda você entra num ciclo vicioso, fica mais deprimido ainda... aí as coisas vão mais mal ainda, o que vai fazer, você ficar mais deprimido ainda... um dia eu to bem, no outro não to... até meu computador, ta lá em casa há quinze dias e eu nem tive coragem de abrir ele, cara... e era meu maior sonho ter um computador. E eu comprei... quando chegou, ficava lá (...). Tenho dívida, mas dívida todo mundo tem... e eu fiquei um ano sem trabalhar (...). Eu sempre fui muito de cama, então chega uma hora que eu não consigo sair mais... não sei... não tem nada que me alegre... e não tem motivos pra isso. Motivo mesmo, pra tanto, pra dizer é por isso que eu to deprimida... não tem. Eu não acredito que eu tenha não... eu tenho medo de ficar dependente do remédio... esse Prozac que eu to tomando... na época eu estava pensando em suicídio (...). Eu cheguei lá eu nem comia, entrei em desespero. Eu cheguei muito mal, muito ruim mesmo, às vezes, eu entro em depressão, às vezes, em forma de crise de ansiedade (...). Então, às vezes, fica complicado, eu não tenho vontade de chegar aqui e falar, ah, eu tomei um comprimido, às vezes, eu acordo e nem tenho força pra levantar ou, às vezes, tenho muita falta de ar, tenho medo de pegar um ônibus, não sei o que acontece (...) Ai eu falei, eu não to bem, não to legal, eu tive pânico, crises de ansiedade, eu tenho esse tipo de problemas ainda, eu desmaio muito, é difícil arrumar um lugar com tratamento psicológico e psiquiátrico. Faz três dias que eu to em casa tomando Prozac (...) entro em depressão profunda. (...) quem me ajudou ontem a andar foi o Prozac (...)" E12.

"Assim foi muito doído, foi dolorido, porque eu pensei assim agora, nada pra mim dá certo, mas... eu fiquei magoada [sobre a morte da mãe]. (...) quando meu pai era vivo minha vida era outra, a partir do momento que ele se foi, minha vida desmoronou." E13.

"Porque elas trabalham o mês inteiro pra ter dinheiro, enquanto eu pego o dinheiro e vou me acabar nas drogas sendo que eu podia estar trabalhando eu tinha que estar gastando com algo que vá me ajudar não me afundar

então eles ficam com uma raiva mesmo; - porquê que não pára? Elas acham que é da cabeça da gente, mas não é, é a dependência mesmo e eles não entendem.” E14.

“Eu acho bom porque eu fico o dia inteiro sozinha aqui, não tenho uma amiga, alguém pra conversar, dar um conselho de amiga, e vocês são amigas pra mim. Tem uns amigos que gostam muito de mim e me dá muita atenção (...) e tem muitos amigos que não (...). Tem hora que eu choro porque eu não tenho uma luz, uma água. Então eu tenho uma vida diferente (...). E como a casa tá vendida (...). Eu vou ter uma vida que nem todo mundo tem... ter uma vida que nem gente normal... todo mundo tem uma ceia de natal, todo mundo brincando no final de ano e eu sentada na calçada com tristeza no coração sem ter dinheiro pra levar qualquer coisa pro meu pai no natal e pra poder pagar a passagem aí eu não fui... aí o meu filho falou: mãe, o vô chorou porque a senhora não foi lá, só que eu tinha avisado que eu não ia poder ir porque eu não tinha dinheiro, aí ficou eu, minhas irmãs e meus netos sem vê-lo e eu to triste (...) eu choro, eu queria parar com o que eu uso, ter uma vida normal, como todo mundo tem.” E15.

“É que eu tenho depressão. Daí eu não faço nada, fico lá trancada. (...) A gente tem muita depressão. Muito depressivo. A solidão vem. Esses homens são uns chatos. (...) Ah, maior depressão. A gente fica. A gente nem levanta da cama com depressão. Fica chateada porque gastou, porque usou. Não dá pra explicar. (...) Mas eu me trato. Tomo uma droga. Eu tenho depressão. Aí eu choro (...) mas eu vou indo. Tomo remédio.” E18.

“Foi, eu comia muito lanche nessa época... me acabava e minha avó direto ia me buscar e como eu chorava pra não sair daquele lugar, por causa da droga... e hoje como eu choro pra sair de lá [da rua]... como eu choro pra não ter lembranças daquele lugar, mas não adianta que eu sei que daqui a pouco vai bater vontade de usar droga e eu vou usar, eu me conheço. (...) eu não gosto de falar da minha história. (...) Meu pai me abandonou. (...) Morreu. [a mãe morreu de leucemia]. Minha avó, mãe de minha mãe. (...) Eu ainda a amo [fala da avó falecida].” E19.

5.2.4 Avaliação da Unidade de Redução de Danos (URD)

Essa categoria englobou as subcategorias: integração com serviços de saúde do município, potencialidades e limitações da URD, para além dos insumos: em direção a outros direitos humanos, e críticas e sugestões.

Os entrevistados demonstraram, em sua maioria, insatisfação com alguns serviços de saúde de Santo André, à exceção de um em particular - a Unidade de Saúde Vila Guiomar, que, em contrapartida, foi bastante elogiada. De maneira geral, as críticas referiram-se principalmente à demora no atendimento, às filas para marcação de procedimentos, e à insuficiência

de profissionais de saúde, principalmente médicos (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E15 e E16).

A Unidade de Redução de Danos (URD) foi avaliada positivamente por todos os entrevistados, que manifestaram satisfação com as ações desenvolvidas. Assim, ressaltaram a importância do acolhimento no território, da distribuição de insumos, do encaminhamento para outros serviços de saúde, da intermediação que a URD faz entre os usuários e outros equipamentos de saúde, da importância dos folhetos explicativos, da orientação quanto à prevenção das DSTs e da orientação de não compartilhar canudos e não utilizar cédulas de dinheiro em função do risco de contaminação (E1 a E19).

Os entrevistados não deixaram, no entanto, de enfatizar alguns aspectos que precisam ser aperfeiçoados pelo programa. Dois entrevistados (E8 e E9), ao mesmo tempo em que destacaram alguns benefícios que a Unidade vem proporcionando, afirmaram, contraditoriamente, ‘não ver nada de bom’ nesse serviço. Os demais entrevistados (17) contribuíram com várias sugestões, visando o aperfeiçoamento do atendimento prestado no território. Entre elas estavam: a) voltar a distribuir gel lubrificante; b) fazer visitas de campo com mais frequência e regularidade; c) aumentar a quantidade de redutores de danos; d) designar um local específico para atendimento dos usuários; e) dar continuidade às vacinações, e por fim f) privilegiar a orientação dos usuários por ocasião da distribuição de preservativos – (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E15 e E16).

5.2.4.1 Integração com os serviços de saúde do município

Os entrevistados encontraram dificuldades relacionadas à gestão/administração, para serem atendidos em diversos serviços de saúde do município – prontos socorros/hospitais, postos de saúde -: as longas filas, as senhas que não funcionam, a demora no atendimento, o prazo muito longo para se conseguir uma consulta, a enorme demanda formada pelas

peessoas que necessitam de atendimento, o número pequeno de médicos e outros funcionários para atender as urgências e a falta de medicamentos – E2, E3, E5, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18.

“Um bocado de tempo que eu passei. eu cheguei era duas horas da tarde fui sair era sete horas da noite [referente à demora do atendimento no serviço de saúde]” E2

“Fui pegar o remédio, não tinha. Tive que comprar.” E3

“Eu acho assim que por causa da agitação, do dia-a-dia, muita gente pra atender ai não ta num dia bom, a pessoa já acha que o atendimento não foi bom.” E5

“Olha, tem casos que você vai que você se cura, tudo bom, mas tem aquilo da espera, de você ficar tomando chá de cadeira. (...) Acho que eu não conheço não, que chegou que foi rapidamente atendido, que foi examinado do jeito que deve ser examinado, que eu acho que a pessoa estuda tantos anos pra isso, pra pessoa chegar lá e atender tudo direitinho.” E8

“O atendimento ali na antiga FAISA é uma porcaria. Você faz a ficha, não aparece a senha no painel e você fica...” E9

“De uma certa forma sim [o Posto de Saúde da Vila Guiomar contribui para sua saúde], o único problema é a demora. Às vezes você marca a consulta demora seis meses, quase um ano pra ser atendido. (...) É muita coisa, daqui a seis meses o problema já não vai ser o mesmo, isso era uma dificuldade.” E10

“Ela [colega de trabalho], às vezes, trabalha na rua, ela foi encaminhada e mandaram ela voltar depois de dois meses. (...) Ela tinha verrugas em volta do ânus, ai infelizmente a desconcordar com o serviço, porque quando chega a esse estágio o assunto tem que ser tratado com urgência.” E11.

“(...) quando eu vou parar no pronto socorro com uma dor de nada, nossa... fico lá três... quatro horas... já cheguei a ir trabalhar com dor nos rins porque tinha um monte de gente lá e nada de médico. Ficar quatro horas esperando com dor e depois de quatro horas ouvir que não tem previsão de quando o médico vai chegar! (...) Eu fui marcar uma consulta, só pra três, quatro meses depois e tinha que levantar cinco horas da manhã. (...) E você chega lá, tem um monte de gente eu acho que é muito ruim demais. (...) Você não pode nem solicitar um médico, por que o mesmo médico que está lá aplicando injeção na hora que eu to morrendo, às vezes, chega outras pessoas e ele é obrigado a parar para atender as outras pessoas, em outra sala. (...) É tudo emergência! Por que tem uma emergência atrás da outra. (...) Então você tem que esperar o médico ir lá, fazer um monte de coisas, pra depois voltar a te atender. (...) Então, poxa, não custava contratar mais médicos para atender, é bastante gente que frequenta ali. (...) E a fila é muito grande, muita gente. Poxa, você desanima, a gente desanima de saber que você está com um problema. (...) e agora teve uma época que eu estava com problema de ansiedade agora, com ansiedade você esperar quatro horas por atendimento? Três meses pra alguém poder me atender?” E12.

“pra mim nada, é muito ruim lá [PS Vila Luzita]. Você vai lá, você demora horas, então pra mim não tem vantagem nenhuma, pra mim eu vou quando eu to muito ruim. (...) apesar da demora eu consigo [ser atendida] depois de

umas três, quatro horas. (...) Então o Vila Guiomar já é um outro posto totalmente diferente da Vila Luzita. O Vila Luzita [pronto socorro] se chega lá fica esperando pra ser atendida.” E13

”O atendimento [precisa melhorar] não deixar em espera, os remédios. Falta muito (...)” E14.

”O posto de saúde pra mim tá muito bom, na Santa Casa demora muito pra atender. (...) Teve uma vez que o meu falecido torceu a perna e demorou pra ele ser atendido. (...) Não sei como posso falar é que na Santa Casa é muita gente não tem como atender todo mundo de uma vez eu acho que se aumentasse o número de funcionários ia melhorar.” E15

”Os médicos também tem que atender as pessoas porque se você não chegar lá quase morrendo eles demoram muito pra te atender.” E16.

“(...) se você precisa passar no médico tem que ir lá cedo pegar fila pra ver quando você vai ser atendido. Acho isso chato. (...) por exemplo, médico público, hospital público, você sabe que tem que ir na fila, anotar tudo pra você ser atendida daqui um mês. (...) Essas coisas e fora que você não se sente bem pra explicar o que você faz ou deixa de fazer (...) dá vergonha (...) com elas não porque elas já sabem quem você é mesmo.” E17.

“(...) Ah essa demora na fila, essas senhas isso atrapalha a gente”. E18.

Foi possível também perceber um conjunto de críticas que enfocam a forma como os médicos atendem os pacientes. Os exemplos citados foram: tratamento sem sucesso - que obrigou a buscar atendimento em serviço particular; medo demonstrado do profissional ao entrar em contato com sangue do paciente em procedimento cirúrgico; prescrições sem exame físico ou com exame superficial e incompleto; preconceito; atendimento inadequado que culminou em procedimento cirúrgico radical (histerectomia) - E3, E8, E9, E14, E17.

”Não sei. A moça foi lá e disse que foi do mesmo jeito. Parece que por ser travesti, eles têm medo de pegar em você. (...) Me senti mal, acho que é por isso que eles não gostam de ir ao médico.” E3

“(...) É aquele negócio, muita espera e pouco resultado, ele não te examina, necessariamente, você explica pra ele o que você tem e ele sem precisar de nada (...) ele te prescreve a receita e o remédio pra você tomar. (...) Não sei, como eu falei, eu sou leiga no assunto, que eu sei, o que dizem é que os médicos recebem por consulta, quanto mais atender, mais recebe, eu não sei se é verdade. Então, é aquele negócio quanto mais quantidade, mais atendimento, mais ele recebe, então porque atender bem 1 pessoa, se ele pode atender 10 e ter muito mais lucro.” E8

(...) “ Eu me cortei inteiro [tentativa de suicídio] pra marcar, faltou meio centímetro pra pegar a jugular, aí queriam me deixar na psiquiatria, minha mãe falou que não (...) o médico dando ponto em mim, caiu sangue no tênis, o médico correu pra lavar o tênis. Achei aquilo o cúmulo do absurdo, ficou de meia, vai limpar, vai limpar. (...) Os dois médicos que fizeram a

sutura eram residente, eles estavam apavorados, eles falaram, é suspeita de HIV, eu falei que não era suspeita, eu sou mesmo. (...) tive 2 convulsões. Eles estavam apavorados com o contato com o sangue, na hora que caiu o sangue no tênis do médico eu desacreditei. Dizem que o vírus em contato com oxigênio morre em 4,5 segundos, será que a ignorância deles é tão grande, eu achei um absurdo, mas eu não tava em condições de falar nada, por que senão, eu tinha dado show. Os médicos somem é um descaso muito grande, infelizmente a gente perdeu um prefeito que era maravilhoso.” E9

“foi no Vila Luzita, (...) meu filho pegou uma vez, uma coceira aí ele [médico] pegou e falou pra mim que era uma outra coisa que não era. (...) eu comprei um monte de remédio que ele me indicou sabe e não dava resultado, foi piorando, piorando, fui umas três vezes e não dava resultado e paguei R\$ 120,00 reais pra marcar uma consulta pra ele na Clínica Ana Rosa, a médica da Clínica Ana Rosa receitou um remédio depois de três dias meu filho sarou.” E13.

“Tipo assim se você tá com uma dor na cabeça eles nem te examinam já vão logo escrevendo no papel tal remédio ele nem examinou tem que fazer um raio-x alguma coisa (...) [é] você falar e ele te medicar... isso que devia mudar.” E14

“tive outro filho aí... só que deu complicação. Eu ia pro médico falava que tava doendo, já de sete meses, aí o médico falava que eu não tinha nada que era frescura. (...) Falei: meu, já tive filho e tá doendo e ele “não, não volta pra casa, toma Buscopan e dorme”, aí ele falou pra desengano de consciência eu vou fazer um ultra-som, fez o ultra-som e tava tudo bem, só que tava doendo ainda. (...) Aí ele falou volta pra casa (...) fui um outro dia no médico, ele falou a mesma coisa: você não tem nada é frescura sua. (...) Aí no dia seguinte o bebê acho que ele morreu, dentro de mim. Eu fiz meu parto, aí eu peguei lá cortei o cordão umbilical tal só que aí começou a dar hemorragia, aí ele [namorado] me levou pro hospital aí chegou no hospital o bebê faleceu. (...) Só que já tava morto mesmo e eu não sabia. (...) Aí falaram que eu tinha que sair aí não tinha outra clínica aí me levaram pra São Bernardo é Hospital da Mulher, lá no Rudge Ramos, aí falaram que eu tinha que fazer a cureta. Fiz a cureta, não saiu a placenta. (...) As mulheres [médicas] que estavam fazendo lá a cureta em vez de elas estarem prestando atenção no que elas tavam fazendo, elas tavam conversando. (...) Porque eu estava acordada ali, porque ela só deu a anestesia básica (...) Conversando que iam sair com num sei quem, que iam numa festa amanhã e riam brincavam. (...) Aí daqui a pouco só sei que uma falava agora é sua vez, cansei, tenta tirar você. Aí a outra falava agora é sua vez, tenta você. (...) O médico que era pra estar de plantão saiu foi tomar um café, aí elas mexeram, mexeram, mexeram e furou o útero. (...) Aí furou o útero começou a dar hemorragia mais forte, isso que eu já tava quase 2 horas perdendo sangue. (...) Aí pegou e falou que eu tinha que tirar o útero. (...) Aí elas pegaram chamaram o médico, o médico viu aí o que elas fizeram. (...) Eu sei que quando eu acordei falaram pra minha mãe que tiveram que tirar o útero. (...) Eu sei que inventaram uma história lá só sei que tirou o útero. (...) Tive que fazer outra cesárea sem neném. (...) Perdi o neném, não vou ter mais filho, fiz 22. (...) Eu tenho dois meninos e a minha vontade era ter uma menina e era uma menina.” E17

Algumas críticas também foram tecidas a outros profissionais de saúde, não-médicos, como: preconceito por referência aos travestis; humilhação a usuários em situação de rua; “marcação” de usuários que procuram o serviço repetidamente em função de problemas com o consumo prejudicial de drogas - orientados a ficarem quietos, aguardando o serviço de redução de danos chegar; e distanciamento. Ademais, a situação de higiene dos usuários, especialmente em situação de rua tem dificultado o atendimento (E6, E14, E17, E19).

“Era meio estranho, que era travesti no meio de homem, o quarto só tinha quase só homem. Eles não tratavam muito legal não [médicos e enfermeiros]” E6.

“Outros não sabem, tem funcionários que se você já passou uma vez pra eles você não tem mais jeito, eles não estão nem aí, ficam te humilhando. Toma o remédio aí e fica quieto que a perua [da redução de danos] já tá chegando pra te levar. (...) Quando é funcionário novo, que não te conhece, senta, conversa com mais calma, pergunta o que você usou, da sua família. (...) indo e voltando né? Na mesma dependência, na mesma loucura... irrita [os funcionários]. (...) Independente do jeito que eu tava, precisando de ajuda, porque eu tava suja, estava drogada, estava com problemas ali já foi uma melhora pra mim, eles te dão atenção pergunta que droga você usou. (...) agora você vindo da rua eles te deixam esperando, te deixam no quartinho, não pode falar muito se não eles querem te amarrar pensando que você está esclerosada. (...) Nesse momento que eu fui lá, porque eu estava suja então pra eles aquele ambiente pra mim não servia então eu já me senti discriminada” E14

“só que o tratamento, por exemplo, essa coisa de te dar a mão sabe? Eles não te dão mais eles mantêm a distância.” E17.

“mas já teve quando eu estava com vidro no meu pé eu fui lá e me deixaram três horas esperando e eu morrendo de dor dentro do hospital. Porque eu estava na rua, estava suja” E19

Alguns poucos entrevistados se expressaram sobre diferenças que encontraram na atenção prestada pelo serviço público e pelo serviço particular de saúde. Assim, enfatizaram que no serviço público pouco se conversa com o paciente enquanto que no particular é mais fácil de conseguir respostas às necessidades. Por fim, refletiram ainda sobre o atendimento, concluindo que o atendimento no SUS não deveria ser tomado como ruim e que a mídia veicula uma visão negativa do SUS. De fato, muitas vezes, os usuários se sentem como *mais um ali e pronto* (E5, E6, E13).

“Esses dias eu passei mal, tava na faculdade, me deu tontura desmaiei na escola me levaram pro hospital, ligaram pra minha família e me levaram no Cristóvão da Gama pegaram pediram uma cadeira de rodas, tava o pessoal ali da escola tudo e tal aí falaram: Ainda bem que é convênio particular imagina se fosse no SUS? (...) Por isso eu discordo, porque é SUS tem que ser ruim? As pessoas falam aí eu fiquei um ano na fila pra ser atendida, mas só quem passou pra saber; a mídia influencia bastante nisso. (...) Com certeza. Eu acho que assim quando você passa no SUS as pessoas que estão te atendendo, não todas, acham que você é mais um ali e pronto.” E5

“Da atenção só na hora de tomar um soro, tomar uma vacina, mas ninguém chega pra conversar, mas quando é do governo você sabe. Quando você paga o particular, o tratamento é outro. (...) Eles sabem que ganha pouco. Os que trabalham nos hospitais, posto. (...) Eu não gostei. Não tinha com quem conversar.” E6

“Então sei lá, acho que eles estudam pra mim não adianta, e muito poucas pessoas que estão no Municipal [Centro Hospitalar] que acertam [diagnóstico] que sabe, porque você vai no municipal eles não te ajudam, se vai no particular na hora você consegue.” E13

As deficiências nos serviços públicos de Santo André levaram um usuário a buscar atendimento na cidade vizinha. Esse usuário criticou a prática de concentrar investimentos na área da saúde em épocas eleitorais - E9.

“Só pra você ter uma noção, o povo daqui de Santo André está indo tudo pra São Caetano, que é público, mas parece particular. (...) Tem o Maria Poraisa e o Márcia Braisa que é hospital infantil, se você ver a internação do hospital, você fica de queixo caído. (...) O pessoal está indo tudo pra São Caetano, por que Santo André é uma porcaria. Agora o ano que vem, como é época de eleição, lota. Por que tem aquele Doutor (...) começa a querer promover as coisas, principalmente onde eu moro, aí ele coloca um monte de coisa pra ganhar voto, mas, depois eles relaxam, porque o posto de saúde lá era excelente, tinha um posto de saúde grande, o atendimento era rápido, falando sério, eu fiquei lá a noite inteira. (...) Mas é uma realidade, esse doutor aí que eu falei, ele é um grande de um ordinário, ele atua ali na área do Vila Luzita, ele é um médico, no último ano ele ganhou pra vereador, se eu não me engano, ele fez de tudo colocou o hospital pra funcionar, tava uma maravilha, depois que ele ganhou, eu até discuti com ele uma vez lá dentro.” E9.

Outras críticas dirigidas mais especificamente à assistência e ao tratamento prestados pelos hospitais variaram bastante envolvendo o comportamento profissional dos trabalhadores de saúde: necessidade de ‘pegar alguém que é conhecido’ para conseguir atendimento (E2); médicos desatentos, que ficam conversando ou almoçam nos horários de atendimento (E3, E13); preconceito em relação à condição dos usuários (E1,

E6, E14); desconforto no atendimento (E9) atendimento inadequado, que acaba sendo negligente ou tem como consequência outros problemas de saúde (E8, E16, E17); funcionários que atendem muito mal, especialmente, casos sérios como o da overdose, expressando-se negativamente em relação aos usuários de drogas; dificuldade em fazer diagnóstico, entre outros. Por outro lado, muitos atendimentos realizados pelo serviço hospitalar foram considerados bons como foi o caso de um atendimento por estupro, outro por overdose e ainda outros procedimentos hospitalares mais simples (E4, E18, E19).

“Fui no hospital e eles me atenderam (...) mais ou menos. Não muito. Falaram: ‘Ah você faz programa, é?’ Então acho melhor esperar um pouco.” E1

“No PA é mais ou menos. Quando você pega alguém que é conhecido ‘da gente’ (...) Me deram umas injeção, eu fiquei três dias, dia e noite, pra parar de tomar cachaça. (...) No posto precisa de gente educada.” E2

“Já fui no Hospital de Bangu. (...) Quando eu fui lá, o médico não fez nada, só olhou pra mim e disse que eu tava gripada e me mandou embora.” E3

“Na Santa Casa, uma amiga minha precisou e foi bem atendida. Ela fez um corte na mão, estava brigando com outra colega, chegou lá eles deram antitetânica, atenderam muito bem ela, inclusive eu fui junto.” E4.

“Hospital eu só procurei uma vez, quando eu levei um tiro. (...) Eu não gostei do atendimento, eles vê a gente como muito estranho, como ninguém.” E6.

“Eu tenho uma amiga que trabalha aqui comigo, que ela caiu e fez uma torção no pé. Veio trabalhar e os redutores veio e levou ela e enfaixou o pé dela e continua doendo, ela ficou um tempo em casa, porque não podia trabalhar, foi engessado, e ficou ainda pior, por que o pé dela ficou meio que torto quando tirou, e dói, e super torto e foi lá. O cara nem examinou, nem nada. Eu acho que pra isso deveria ter tirado uma chapa, ou ter puxado se ele tivesse fora do lugar, não foi feito nada disso, e o pé dela ficou desse jeito.” E8

“Não sou de usar muito, por que são precários, os postos de saúde aqui de Santo André. Sábado eu entrei às 10 da noite no posto de saúde [pronto socorro], e fui sair às 4 da manhã. As 10h20min eu já tinha passado com o médico, eu fui tirar raio-x a 1 da manhã. (...) E o detalhe, eu tive que tomar soro sentado numa cadeira, não tinha maca, eu não tava agüentando ficar em pé, eu fiquei com febre a noite toda, o dia todo, e tive que ficar tomando soro sentado numa cadeira.” E9

“Agora o Vila Luzita [pronto socorro], se você tá com alguma gripe você vai lá, mas lá demora demais. Teve dias de eu ficar até quatro horas com meu filho esperando e os médicos conversando sabe. Uma vez um amigo meu levou uma facada, aí eu corri com ele para um hospital tipo assim e os médicos, por favor, já foram almoçar. Eles que fazem faculdade eles tem que jurar por alguma coisa eu não me recordo o que, mas isso não existe mais. (...) Eu que vou fazer enfermagem, (...) chegar uma pessoa baleada,

esfaqueada, eu vou almoçar, mas não custa eu para e fazer os primeiros socorros nele, se fosse meu filho eu faria, então acho que isso daí é muito precário aqui ou no mundo eu acho. (...)E13

“que nem a minha vizinha aqui ela tem problema de bronquite e passa mal direto e é socorrida e levada na FAISA faz inalação e nunca foi falado pra ela fazer um exame e ver o que ela tem e ela perdeu setenta por cento do pulmão. (...) Aí ela foi levada no Mário Covas agora ela toma remédio, faz tratamento e não passa mais mal como ela passava antes.” E16

“Quando eles me prestaram ajuda era quando eu estava mais precisando, porque ali eu podia estar morrendo devido à química no corpo, podia dar overdose que nem eu tava cinco dias usando crack, sem comer sem nada aí me deu um branco eu caí...eu só lembro que eles colocaram uma borrachinha na minha boca que era pra minha língua voltar ao normal...ali eles já me salvaram. (...) Teve um dia que eu estava com febre, tinha tomado uma chuva de madrugada aí eu fui lá e eles não me atenderam porque eu não tinha documento (...) É... não quer trabalhar (...)” E14

“Aí me levaram pra FAISA, aí tudo bem passou, tava viva, o médico me liberou tudo. (...) Aí usei umas sete, oito e... comecei a passar mal. aí falei:vou pro hospital. Aí depois que o médico me liberou me mandou falar com o psicólogo, aí ele falou: ‘Olha você é usuária?’ Aí eu falei não, eu só uso de vez em nunca. (...) Mas ele não acreditou. Ele falou ‘aqui é um lugar só pra usuário então você se abre, pode falar’. Aí ele falou (...) ‘Você sabia que pra ter overdose não precisa usar dez?’ (...) Você pode dar “um único tiro” e seu corpo não estar muito bem naquele dia, você pode morrer ali mesmo, no mesmo segundo. (...) Aí ele perguntou: ‘Você tem vontade de se suicidar? Você quer se matar?’ Eu falei: não! aí ele disse: ‘porque se você quiser você usa bastante e não vem aqui pro hospital, pra agente não perder tempo com você.’ (...) uma vez meu namorado foi assaltado e ele foi na delegacia fazer o Boletim de Ocorrência e mandaram ele ir na FAISA, porque ele cortou o dedo e tal, e atenderam ele bem. (...) teve uma coisa de ruim. Foi com a minha amiga, a travesti. (...) Ela colocou silicone industrial no bumbum e teve rejeição aí eles pegaram e fizeram uma carnicadeira no bumbum dela sabe? Podia fazer uma cirurgia que não ficasse aquela cicatriz, sabe? Mas não, fizeram dois rasgos na bunda dela, coisa feia. Hoje em dia ela tem complexo da bunda dela é a parte dela que ela mais odeia. E17

“Olha eu fui fazer exame na Santa Casa [pronto socorro] e achei ótimo, mudou bastante, eu ganhei meus três filhos lá. (...)E18.

“Bom, ótimo, me trataram bem [quando foi vítima de estupro]. Eu fui lá no PA municipal foi uma médica japonesa de óculos que me atendeu, até hoje eu lembro dela aí me sedaram. (...) Aí eu não lembro demais nada.” E19.

O atendimento particularmente prestado pelos postos de saúde (E1, E2, E5, E15, E17) e NAPS (E12, E18) foi percebido pelos usuários como melhor do que o dos prontos socorros/hospitais. Nos NAPS o atendimento foi considerado mais rápido, uma vez que os usuários costumam ser acolhidos por outros profissionais de saúde enquanto aguardam consulta

médica. Já nos postos de saúde, as maiores dificuldades referiam-se: aos médicos que, por estarem sempre ocupados, não têm muito tempo para dispensar ao atendimento individual; à necessidade de chegar muito cedo para agendar consultas; à espera de muitos meses para a realização da consulta; à dificuldade em obter informação sobre a forma de uso de medicações, que são entregues sem bula, como é o caso da medicação para o tratamento da tuberculose.

“Um dia estava com uma coceira, aí eu falei pra menina que eu precisava de um remédio. Que eu não podia ficar desse jeito e ela disse que os médicos estavam todos ocupados. Eu deixei pra lá e vim pra casa. (...) outro dia eu fui lá com uma tosse que nada parava, a mulher me medicou rapidinho, me deu três vidros de xarope!” E1

“Foi bem, só que ele fez os exames falou que eu estava com tuberculose e só me deu os remédios. Mas tá lá fechado eu não tomei não sei o que é! (...) Porque quando você compra um remédio vem a receita pra você tomar, esse não veio nada então tá lá não tomei nenhum. (...)” E2

“Teve uma outra vez que eu passei mal e me levaram no posto de saúde e eu fui super bem tratado, me deram todo o atendimento assim entendeu, minha família estava trabalhando tanto meu pai como minha mãe depois eles ligaram. (...) Eu acho que assim se você precisa, você vai no posto de saúde, ali você tem vários direitos: remédios, atendimento, pode não ser o melhor, mas que você tem você tem....e isso já ajuda bastante [serviço de saúde contribui para saúde]. (...) Todos que eu conheço foram super bem tratados então não posso falar [de atendimento ruim]. (...) É uso muito pouco, mais pra pegar insulina no posto. (...) É porque eu não tenho tido nenhum problema de saúde ultimamente, meu único problema é a diabete. (...) Sim [se precisar do serviço de saúde utilizará] até porque agora esse ano eu perco o convênio, porque é em nome da firma do meu pai e é até dezoito anos e eu vou fazer dezenove, então se precisar eu vou usar sim.” E5

“aqui [NAPS] até que não demora não, normalmente a gente marca uma consulta, que nem eu marquei uma época aí acho que foi com um mês (...) acho que às vezes marcam psicólogo antes, pelo menos já dá uma (...) amenizada. que as vezes ajuda. (...) Às vezes, de você conversar, falar do problema, ajuda.” E12

“Eles atendem “rapidão”. Teve uma vez que eu estava com furúnculo no pé, nas costas, e eles me atenderam muito bem.” E15

(...) “Eu precisava da carteirinha do SUS. Aí fui num postinho, ele falou você precisa ir não sei e também se você quer pegar remédio no posto e for diferente da sua carteirinha você não pode pegar. (...) aonde pra fazer não sei o que e depois você volta. Falei ah tá obrigado não quero mais não.” E17

“Graças a Deus, se não fosse eles eu já estaria morta! (...) Assim eu estava doente, não tinha onde ficar, aí eu vim pro NAPS e vocês me ajudam (...) não me deixam sair daqui e por isso graças a Deus eu estou melhorando e já estou com outra mente. (...) Não graças a Deus não [mau atendimento

não teve]. Mau atendimento tem, mas as pessoas falam que eu tenho sorte (...)" E18

A URD está ligada à rede de serviços de saúde de Santo André e depende dessa articulação para atingir a integralidade da atenção. Muitos entrevistados assinalaram que o encaminhamento da *redução de danos* vem facilitando o acesso nos serviços públicos de saúde do município – (E1, E2, E4, E5, E6, E11, E12, E13, E14, E17, E18, E19).

"Antes a gente ia pra fazer exame e eles falavam que não tinha vaga, agora a gente fala que foram vocês [URD] que mandaram e eles dizem que tem vaga, é super diferente." E1.

"A diferença é que quando ta com vocês é mais rápido, a gente passa na frente, se tivesse sozinho é o dia todo pra ser atendido. "Nóis" passa na frente, eles chegam falam: ô nós somos assim e assim e viemos trazer o moço aí junto com a moça pra tomar insulina, aí a gente já vai embora. Tem o dia que eu estava passando mal e aí minha mulher ligou pro redutor e ele veio e me pegou e foi rapidinho. (...) [quando foi sozinho esperou] um bocado de tempo. (...) eu cheguei era duas horas da tarde fui sair era sete horas da noite." E2.

"Acho que quando o programa encaminha é melhor atendido. E mais rápido. (...) Tem colega minha que foi e fez o exame na mesma semana. Demora mais [sem encaminhamento da URD]." E4.

"Eu acho que assim quando você passa no SUS as pessoas que estão de atendendo, não todas, acham que você é mais um ali e pronto, mas quando você tem um certo conhecimento, uma certa bagagem, um certo peso como o trabalho que vocês estão fazendo, direto ou indireto, isso muda, não sei se é respeito se é medo. (...) Tenho colega, na verdade eu ouvi assim nem sei se é verdade ou não, mas ele chegou foi pra um hospital não tinha convênio, foi pelo SUS, não falou que era da Redução (...) aí outro dia voltou pra pegar os exames aí não sei porque ele falou que era da ONG, que trabalhava com a Redução de Danos aí a pessoa já foi marcando logo." E5.

"Lógico que tem você é bem recebido por que você é indicado pela pessoa certa. (...) Quando eu fui na Vila Guiomar eu falei que estava sendo encaminhado pela Redução de Danos e ela me tratou super bem. (...) Acho que tratam melhor. Se eles [serviços de saúde] sabem que alguém [da URD] que encaminhou eles tratam melhor, por que você pode reclamar com quem te encaminhou e quando a gente vai sem ser pela redução de danos eles não estão nem aí. (...) E quando a redução de danos encaminha é outro atendimento. Uma vez me encaminharam e me trataram super bem. E6.

"Com certeza se é encaminhado [pela URD] é mais rápido. (...) É tratado diferente. (...) Porque está sendo encaminhado, você chega lá, te tratam com mais carinho, dão mais atenção, eu tenho quase certeza disso. (...) Por que todas as vezes, que as meninas foram encaminhadas, foi tratada de um jeito. (...) A minha amiga simplesmente falaram, passa lá tal dia, aí ela foi tratada totalmente diferente, ela reclamou depois, aí eles falaram, que ela

deveria ter pedido o nome de alguém. (...) Com certeza é tratado diferente sim. (...) Com encaminhamento é melhor, é mais rápido e melhor tratada. (...) Era tratada de um jeito, a partir da hora que é encaminhada é de outro. A minha irmã, todas as vezes que ela precisou, ela foi bem atendida que tinha sido vocês, e ela sempre falou que foi muita bem tratada lá, foi tratado com muito carinho.” E11.

“E quando a gente chega já é atendido. (...) Eu dei até sorte, por que quando eu fui na Santa Casa eu dei de cara com as meninas da Redução de Danos. (...) Aí ela rapidinho me encaminhou. (...) Se não eu ia acabar dormindo lá (...) eles [redutores de danos] me encaminharam pro CAPS. (...) eu já conversei com aquela menina do cabelo assim...[a redutora de danos] (...) ela que me encaminhou pra vim pra cá. (...) depois aí eu encontrei a outra redutora de danos lá. (...) Uma vez eu fui encaminhada lá [pela URD], eles me trataram muito bem. (...) Eu fiz um papa nicolau lá, numa época (...) é, eu achei que tinha uma diferença sim (...) nós estamos tão acostumadas com tanta brutalidade... que quando as vezes a pessoa vem, trata bem... dá um sorriso... a gente até estranha!. (...) Eu acho que eles atendem melhor [quando a URD encaminha]. Por que é assim: As meninas, o pessoal que faz programa lá a maioria das meninas que são encaminhadas são meninas de programa (...) E12.

“ela sempre foi muito bem atendida, a psicóloga dela se eu não me engano também é lá, que conversa muito com ela, ela ficou muito ruim quando ela soube que tava com HIV, então na hora já tipo assim ela falou com a psicóloga, todo mundo dando muita força, porque o medo dela maior ela falou assim: aí ninguém vai gostar de mim, ninguém vai me dar um abraço e tipo assim, na hora eu dei um abraço nela. (...) Porque assim por mais que você fale que HIV não tem como você não ter receio você. (...) as meninas da perua só me indicaram lá o Vila Guiomar, (...) se eu fui indicada eles me tratam bem. (...) a relação delas pra mim eu não tenho reclamações.” E13.

“se a URD encaminhar é melhor o atendimento. (...) Independente do jeito que eu tava, precisando de ajuda, porque eu tava suja, estava drogada, estava com problemas ali já foi uma melhora pra mim. (...) eles [URD] te dão atenção pergunta que droga você usou (...) agora você vindo da rua eles [serviços de saúde] te deixam esperando, te deixam no quartinho, não pode falar muito se não eles querem te amarrar pensando que você esta esclerosado.” E14.

“Aí ela [a redutora] parou perguntou. Aí eu conversei com ela e ela falou: ‘olha dá pra mim conseguir pra você. (...) Você me dá seu nome e eu marco pra tal dia.’ (...) Que coisa prática, achei legal e o bom é que eles chegam conversam com a gente, eles tratam a gente bem, oferecem sempre a camisinha e isso é ótimo, senão tem que ir lá no posto buscar. (...) se eu for sozinha vai demorar muito, vai tudo ficar enrolado, correto? Indo com encaminhamento (...) fica mais rápido, mais ágil.” E17.

“Sim, eles vão lá, eles colocam sempre eu na frente pra fazer exames, marcavam consulta. [a redutora de danos] ia com a perua me pegar, me levar (...). Ficava comigo. (...) Me levava pro hospital. A [a redutora de danos] me ajudou muito. (...) Ah, foi demais, porque eles pegam no meu pé” E18.

“Agora se eu chegar com alguém da Redução de Danos aí é diferente aí eles [serviço de saúde] vão me tratar bem, mais rápido... vai ser bem diferente.” E19.

Pouquíssimos foram os que referiam ter convênio médico ou pagar serviços particulares (E5, E7).

“Já utilizei, mas não utilizo mais. Eu estou com convênio” E5.

“Só particular (...). Nunca fui, nem minha família [a um serviço público de saúde]. Nunca nem entrei. Mas já escutei sobre meninas que passaram a frequentar o posto de saúde depois que vocês começaram a passar. (...)” E7

O Programa Municipal DST/AIDS se mostrou uma referência para vários entrevistados. As atividades desse programa são desenvolvidas na Unidade de Saúde Vila Guiomar. Nas entrevistas ficou clara a preferência dos entrevistados por esse serviço, que disponibiliza preservativos, faz exames e provê medicação - E6; conta com médicos *excelentes*, que atendem bem (E10); procurando responder às necessidades trazidas pelos usuários (E11, E16, E19). Mas lembram também alguns aspectos negativos, como a demora para marcação de consultas e como o caso de um entrevistado que foi dispensado sem ter sua demanda encaminhada (E10).

“Eles dão preservativo, se tiver que fazer algum exame, pegar algum remédio...” E6.

“O Posto de Saúde que eu frequento é o da Vila Guiomar onde tem uma médica lá a Doutora [...], excelente médica, quando você chega lá ela dá atenção ao paciente. O único problema é ter encaixe pra passar com ela, mas ela dá atenção a sua saúde, pede um check-up geral pergunta da sua saúde, te fala qual remédio é melhor. (...) o único problema é a demora, às vezes, você marca a consulta demora seis meses, quase um ano pra ser atendido. (...) É muita coisa, daqui a seis meses o problema já não vai ser o mesmo isso era uma dificuldade. (...) Uma vez surgiram umas bolinhas no pênis e só de olhar ela percebeu que era herpes, uma coisa que não tem cura, porém existem cuidados e me foi explicado que quando a pessoa esta com a imunidade muito baixa elas aparecem e. eu faço os exames e sei que medicamento tenho que tomar” E10.

“Ela foi no Vila Guiomar. (...) eu lembro que foi ela e uma amiga. Ela tava muito nervosa por que ela tinha saído muito cedo. Minha amiga do Piau, veio pra cá, começou a trabalhar, estava com corrimento e cheirava muito mal, a gente não conseguia ficar perto dela. (...) Ela ia pro quarto com os clientes e eles desciam e pediam o dinheiro de volta. (...) Ficava uma situação chata pra ela, e pra casa. Então eu conversei com os meninos [reduzidores de danos], ela foi encaminhada e cuidaram muito bem dela e hoje ela esta ótima. (...) E foi coisa rápida, não demorou não. (...) Só sei que ela fez exame, não lembro, porque era algo complicado. (...) Eles passaram remédio, ela ficou 7 dias em casa, quando ela voltou, ela já tava ótima. (...) Po que se está sendo encaminhado [Unidade de Saúde Vila Guiomar], você chega lá, te tratam com mais carinho, dão mais atenção, eu tenho quase

certeza disso. Porque todas as vezes que as meninas foram encaminhadas, foi tratada de um jeito...” E11.

“Uso até hoje, o exame de HIV eu fiz na Vila Guiomar. (...) quando eu estou com uma gripe, dor alguma coisa uma vez eu fui lá porque eu tive uma intoxicação com carne de porco e tive que tomar uma injeção e foi tudo bem fui bem atendido.” E16.

“O posto da Vila Guiomar (...) foi bom (...) cheguei lá pedi camisinha e eles me deram. (...) Ajuda. Em tudo, tudo o que eles puderem eles vão me ajudar.” E19.

Os entrevistados, para além das críticas feitas aos serviços de saúde de Santo André, formularam sugestões para melhoria da assistência. Dentre elas: contratar mais médicos, enfermeiros e outros funcionários (E1, E9, E12, E13, E15); solicitar que os médicos do sexo masculino tratem as travestis com mais respeito (E3); manter um clima de trabalho menos estressante, com funcionários mais educados e mais capacitados (E13); diminuir a espera pelos atendimentos (E12); manter a regularidade da distribuição de medicamentos (E14); melhorar o atendimento médico; examinar o paciente e não só prescrever medicamentos (E8, E14); desenvolver ações de prevenção junto aos usuários, aumentando o número de preservativos e ofertando palestras sobre transmissão do HIV e outras DST's (E7); discutir com os funcionários o preconceito em relação aos usuários que fazem opções sexuais ou que são levados a se envolver em formas de trabalho e de vida diferentes das dominantes (E10, E11); e agilizar resultados de exames (E11).

“Precisa colocar mais gente pra atender ali na frente [pronto socorro].” E1

“O respeito [é necessário para bom atendimento], principalmente quando o médico é homem [em relação às travestis].” E3

“Aumentar o número de camisinhas, palestras não é só pegar o HIV e depois pegar coquetel de graça no posto de saúde tem que prevenir” E7

“Mas eu acho que deveria ter mais, examinar direitinho, às vezes, você tem até algo mais do que você necessariamente (...) fala pra ele. (...) Acho que menos espera, mais médicos, muitos mais médicos especializados, o que tem é mais é residente, eu acho isso, mais médico menos espera por que você chega lá uma hora e vai sair três horas depois. (...) Acho que um pessoal menos estressado, por que eu acho que o pessoal trabalha demais e recebe pouco e fica naquele estresse, às vezes nem quer, às vezes maltrata as pessoas.” E8.

“Tem que ter mais médico tem que ter mais funcionários, porque não tem funcionários.” E9.

“Além da demora, é ter pessoas capacitadas para e atender apesar que na Vila Guiomar eu sempre fui bem atendido, mas já tive problemas em outros postos de saúde e você percebe, não escancaradamente, um deboche, mas você vê risadinhas, piadinhas então isso às vezes inibe que a pessoa volte e algumas vezes as pessoas não sabiam me informar e acabavam tendo que procurar informação com outras pessoas.” E10.

“Tem funcionários ainda que tem preconceito, eles se acham melhor que a gente, isso seria o primeiro passo. Segundo, que os exames saíssem mais rápido, demora muito.” E11.

“Acho que o Estado tinha que contratar uns médicos. (...) Por que você chega em um lugar e espera um montão de horas. (...) Você não pode nem solicitar um médico, porque o mesmo médico que está lá aplicando injeção na hora que eu to morrendo, às vezes, chega outras pessoas e ele é obrigado a parar para atender as outras pessoas, em outra sala.” E12.

“Olha precisa de muito mais médico pra atender as pessoas, as meninas é muito mal educada você chega lá elas já dão patada em você (...) Eu sei que trabalhar a noite é ruim, mas ninguém tem nada a ver com isso, acho que tem que ter médico e enfermeiro porque você chega lá, você fica três horas, porque tem um médico pra mil pessoas, então não adianta.” E13.

“Não sei como posso falar é que na Santa Casa é muita gente não tem como atender todo mundo de uma vez eu acho que se aumentasse o número de funcionários ia melhorar.” E15.

“O atendimento... não deixar em espera, os remédios. Falta muito (...) Tipo assim se você tá com uma dor na cabeça eles nem te examinam já vão logo escrevendo no papel... tal remédio... ele nem examinou tem que fazer um raio-X alguma coisa, não você falar e ele te medicar isso que devia mudar.” E14.

5.2.4.2 Potencialidades e limitações da Unidade de Redução de Danos (URD)

Os entrevistados apontaram diversos aspectos positivos relacionados à atuação da URD.

Num primeiro momento, reiteram que antes de conhecer a redução de danos não cuidavam e sequer davam importância para a saúde. Alguns tinham vergonha de procurar os serviços de saúde (E1), outros não utilizavam preservativo normalmente (E5, E6) ou para fazer de sexo oral (E11), ou concediam não usar quando os clientes assim requeriam (E1), não pensavam ou não sabiam como cuidar da saúde (E12, E13, E18). Sem orientação sobre saúde, alguns usavam preservativos, mas consideravam supérfluo, muitas vezes, tomando por base a aparência das pessoas para decidir sobre o uso do preservativo (E10).

“Antes se pediam pra fazer sem camisinha eu fazia, hoje em dia eu não faço. Tem muita gente que insiste, viciado. (...) Antes eu morria de vergonha de ir ao hospital e fazer o exame e dar que eu tinha AIDS.” E1

“Eu vou ser bem sincero: uma coisa que eu achava bem supérflua era o uso de camisinha que pra mim hoje a principal coisa que eu posso fazer é usar camisinha, quando tinha dezesseis anos eu queria sair, curtir, eu era criança, hoje eu não saio de casa sem camisinha mudou muito assim em relação ao uso da camisinha.” E5.

“Eu acho que sim, não fazia exame, não estava nem aí, fazia sem camisinha com os meninos, achava bonito, a gente fazia.” E6.

“Antes, bem antes eu transava, eu julgava a pessoa por aparência se era bonita, limpa então, normal, transava sem o uso de preservativo. (...) depois disso eu não vejo mais pela aparência porque você pode ser uma pessoa totalmente limpinha, mas o que corre nas suas veias eu não vejo e através disso, dos esclarecimentos, como proceder. (...). Antes eu usava camisinha de vez em nunca...” E10.

“Nenhuma, não tinha orientação nenhuma. (...) Simplesmente minha irmã me levou e disse, usa preservativo e nada mais. (...) Ninguém disse pra mim que tinha que usar gel, ninguém disse pra mim que tinha que usar o preservativo pra poder fazer oral.” E11.

“Eu não me cuidava muito bem não. (...) A gente simplesmente não se lembra. (...) A gente sabe que precisa, mas muitas vezes a gente não se lembra ou fala assim: ‘ah, deixa pra depois’. (...) direto e reto (...). A gente não escuta às vezes por que não quer escutar.” E12.

“Porque antes igual eu falei, antes eu nem ligava mesmo, não ligava mesmo exame, pânico não dava certo.” E13.

“A gente não se cuidava não. (...) A gente ia de vez em quando no posto, quando a gente ia se cuidar. (...)” E18

Após o contato com a URD, várias mudanças se processaram como: diminuição do consumo de álcool e outras drogas (E2, E7); aumento da proteção contra doenças sexualmente transmissíveis através de vacinas (E7); aumento do acesso a preservativo, que é distribuído pelo programa (E4, E6); melhora da procura a serviços de saúde; aumento da resistência aos clientes que desejam fazer sexo sem preservativo (E4); melhora do cuidado à saúde de maneira geral (E4, E6); diminuição do compartilhamento de material para uso de drogas (E7, E16, E19); melhora na capacidade de decisão em função do conhecimento e da informação (E5, E6). Consideraram que o programa tem uma abordagem humanizada das pessoas, ouvindo, resolvendo dúvidas, ajudando e orientando, o que dá aos usuários uma sensação de segurança e de proteção (E2, E3, E8). Além

disso, trata-se de um trabalho regular e contínuo, diferentemente das campanhas, que têm uma perspectiva mais pontual (E10).

“Eu to bebendo menos, parando... [a URD] ajudou em tudo, palavras, nas conversas, na educação de vocês (...) são umas pessoas ótimas que ajudou sempre e eu sei que sempre vocês vão ajudar a gente que vocês são bom coração, não ajuda ‘nóis’ por ajudar não, ajuda por que ‘nóis’ precisa e uma coisa que vocês estão fazendo que é lindo que até agora eu não vi ninguém fazer. (...) Eles [os redutores de danos] me orientam a parar com a cachaça, a parar de conviver com gente que só te leva pro mau caminho é assim que eles conversam comigo. (...) Ajudou em tudo... ajudou a descobrir o que eu tinha tuberculose. O redutor me levou no médico. (...) Tudo de bom. Maravilha. Tudo gente educada. Tudo gente boa: o redutor é educado, a redutora, o moleque [jovem] o redutor... tudo gente boa.” E2.

“Eles [redutores de dano] dão muitos conselhos, explicam como é. O que pode causar doenças. É importante, porque se as pessoas cometerem o erro, elas vão cometer sabendo. (...) Melhorei meu aprendizado, as doença, (...) conceito com preservativo (...). Eu não faço sem, mas tem gente que faz. (...) Eu me acho um pouco mais segura (...). Se eu precisar de algo sei onde correr (...). Eu não tomava vacina. Eles [redutores de danos] passavam e eu dizia não, porque ia doer. Aí eu comecei a tomar. (...) A maioria delas [travestis] não cuida, elas não vão em hospital, acho que tem medo e aqui eles [redutores de danos] vem e tratam elas bem. (...) Dão incentivo. (...) Eles vêm e conversam, dizem que é para o seu bem e elas [travestis] pegam e vão [aos serviços de saúde]. (...) Os projetos que eles fazem. (...) A segurança, a preocupação (...) Acho, eles vêm, ajudam (...) Porque prostituição é um risco, a camisinha pode estourar e você pode pegar uma doença (...) la ficar mais difícil [se a URD acabasse].” E3.

“Eu comprava, (...) hoje em dia eu não compro. (...) Eles dão o preservativo, a gente não precisa comprar. (...) Melhorou porque a gente não tem que comprar mais preservativo. tem o posto de saúde mais disponível, a gente não tinha que ir ou pra Barra Funda, ou esperar o mês todinho pra ir num posto de saúde perto de casa. Melhorou, por que se um cara quiser forçar a gente a fazer sexo, temos o apoio de vocês.. (...) Pra mim, o que eles [redutores de danos] falam é muito importante, é o que eu faço no meu dia-a-dia, que tem que usar preservativo, tem que tomar cuidado com as doenças. (...) Melhoram um pouquinho as pessoas incentivando a procurar médico. (...) Foi bom que com eles a gente tem mais um lugar disponível pra fazer exame, a gente não precisa marcar e ficar esperando o mês todo, o que melhorou foi isso” E4.

“Eu acho que melhorou muito o conhecimento, é a troca de informação, eu era muito inocente e hoje eu estou mui maduro, estou com dezoito anos e estou melhor que muito jovem de vinte ou até mesmo de adultos, a maturidade mudou bastante. (...) Eu acho que essa questão da maturidade, por exemplo, quando você começa a pensar na sua saúde isso é maturidade, não importa o que a sociedade acha de você o importante e estar bem com você mesmo bem com a sua saúde, não só visualmente e o entendimento, por isso que eu acho que abrange tudo mesmo.” E5.

“Depois que apareceu a redução de danos, como ele [redutor de danos] explica isso, de doença, até se cuida mais, ensina como botar preservativo, antes até usava, mas não era como agora. (...) Ele [redutor de danos]

recomenda a gente a ir pra qualquer posto, eu já fiz em São Bernardo, já fiz em Santo André, graças a Deus, tudo certo. (...) Da minha pele, eu vi umas manchinhas, eu queria saber o que era isso. (...) eu queria fazer um check-up, queria saber como fazer, tomar remédio. (...) Além disso, é que ele orienta, pra não pegar uma doença, pra se cuidar.” E6.

“Eu aprendi algumas coisas no sentido de não dividir canudos com ninguém porque corre o risco de pegar hepatite, não usar cocaína com nota porque eu sou uma dependente química, eu estou tentando sair disso (...). a pessoa pode estar com o nariz sangrando e todo mundo pega em nota e divide... isso eu aprendi com você, eu lembro muito bem disso. (...) só que o correto era nem usar, mas é difícil parar, eu não posso acordar um dia e falar que não vou cheirar mais e paro aos poucos, eu diminui, eu fumava quinze papéis por semana hoje em dia eu cheiro um e não tenho vontade de cheirar. (...) Mas é claro que é hoje em dia eu não tenho aquela necessidade de usar. (...) No sentido de droga, de HIV, Hepatite isso vocês estão cuidando bem, isso tá legal. (...) Eu acho que o foco que vocês tem que fazer é a droga tem que diminuir o dano de uso de droga porque o consumo tá aumentando muito. (...) a partir daí, eu deixei de usar canudo. (...) vocês estão de parabéns em fazer as vacinas porque eu achei muito importante porque não é só HIV, a hepatite também tem que ser cuidada o que eu sempre pensei comigo é que não existe grupo de risco, existe comportamento de risco: eu posso transar com quinhentos homens em uma semana e me cuidar, e uma moça de família transar com um só infectado e pegar. (...) isso eu sempre soube só que eu sempre fui bem orientada, porque nesse sentido porque eu sempre caí em boas mãos, desde novinha, e porque o pessoal da minha época que não pegou se cuida mais do que o pessoal dessa época... porque o pessoal dessa época assim a menina arruma um namoradinho namora dois três meses, é verdade, e não usa mais camisinha. (...) Infelizmente é o que acontece então existe o comportamento de risco... outra coisa que vocês me ajudaram foi no caso do uso da droga porque nos cuidados da saúde eu sempre soube, você sabe o que é estar quinze anos na prostituição? (...) Quinze anos é muito tempo, eu não caí de pára-quedas na profissão eu caí pensada.” E7.

“Bom é se eu tiver uma dúvida, chegar nele e perguntar, como eu faço isso e isso, eles vão ter como me explicar, você faz isso e isso. (...) Eles vêm e sempre falam, tá tudo em dia, vocês já fizeram o papanicolau, tá tudo em ordem. (...) Isso eles falam mesmo, mas é aquilo que e te falei, a gente não tem tempo, a gente só vai cair na real, quando tem alguma dor, quando a gente não tá agüentando ir pro quarto de dor, aí que a gente se toca e vai procurar, fora isso não. (...) eles [reduzidores de danos] conversam, tratam a gente, dão risada (...)” E8.

“Eu acho bacana no coletivo, porque geralmente o pessoal não tinha preservativo, era um pedindo pro outro (...) Isso já e tudo de bom, a distribuição de camisinha, a vacinação, quando eles passam, já é uma coisa boa, já é um incentivo pra pessoa se cuidar, porque quantos meninos resolveram tomar vacina ali, o dia que eles passaram era mais de meia-noite pra dar vacina (...) E9.

“O pessoal da Redução de Danos [me orienta] sempre que a gente conversa ou com um folheto mesmo o folheto não sendo completo aí você vai atrás também que nem eu sempre vou ao posto perto da minha casa, fazer o exame de HIV, todos os exames médicos. (...) Antes eu usava camisinha de vez em nunca e agora pra mim a camisinha é algo essencial.

(...) teve uma situação assim cômica que eu nunca contei pra ninguém: depois de um tempo já te ter transado com alguém sem camisinha. (...) Deu uma coceira no ânus. Aí porque as pessoas diziam que a AIDS era a doença do amor, e eu sentia aquela coceira e eu fiquei apavorado, achava que estava com HIV entrei em neurose comigo mesmo achei que ia morrer e o medo de ir na unidade de saúde e confirmar a doença e eu lutei, lutei até que fui aí a moça [redutora de danos] falou que eu podia fazer, que era gratuito, sigiloso, ela tentou me acalmar o máximo possível porque a mente da pessoa é capaz de desenvolver doenças que a pessoa não tem. (...) Também pediu pra eu passar na minha médica e pedir um check-up geral e graças a Deus não deu nada nos exames, a única coisa que deu no exame de fezes foi verme. (...) Aí tratei e nunca mais eu tive e foi um alívio total. (...) Me orientou [URD] a ir a qualquer unidade de saúde mais próximo da minha casa. (...) após a redução de danos passei a procurar mais o serviço de saúde. (...) o bom de tudo isso é que é um trabalho contínuo diferente de governos que às vezes só fazem propaganda em épocas festivas como o carnaval: use camisinha. (...) com esse trabalho que vocês fazem na rua, nos parques, nos guetos, ajuda as pessoas se abrirem, a conversar com os psicólogos, incentivar as pessoas a fazerem exames e preparar essas pessoas também para receberem o resultado desses exames. (...) Sim, porque a Redução de Danos tem ido no foco de homossexuais, drogados.” E10.

“Eu só fui descobrir essas coisas com o tempo (...). Em primeiro lugar, antes a gente era completamente despreparada, não tinha ninguém que se preocupasse com a gente. (...) Eu acho que o programa de vocês significa que tem pessoas que se preocupa com a gente, esse já foi o primeiro passo, a gente saber que tem alguém que se preocupa, que está interessada em saber, pra mim mudou muito por que qualquer coisa, por exemplo, toda semana, não você, redutora passa, qualquer dúvida a gente conversa. (...) Por exemplo, eu já tive angioma, eu não sabia como cuidar. (...) Eu não sabia, tinha que pagar consultas caras. (...) Hoje em dia não, qualquer problema que eu tiver, eu converso, eles [redutores de danos] me encaminham pro posto, eu me cuido, eles tratam eles explicam por que isso acontece, eu não sei todo mundo, eu tenho menos medo hoje, por que eu sei me cuidar melhor e qualquer dúvida, qualquer coisa que acontece comigo, é só perguntar, se eles não puder me ajudar, eles indicam alguém”. (...) Porque uma pessoa que tem amor à vida, que não tem nada, não pede isso e quem aceita também tem algo, por que alguém saudável, não aceita, eu tenho que passar pra ela isso, não deixar enfiar dedo, não deixar chupar, se ver qualquer coisa do cliente, bolinha no pênis, qualquer coisa eu falo, nem com preservativo. (...) O preservativo vai proteger só o pênis, se ele tá cheio de verrugas em volta, naquele esfrega, esfrega, pode passar pra ela. (...) Aprendi vivendo. Sentindo na pele mesmo. Me ajudou [a URD], por que toda se eu tenho dúvida eu pergunto. Toda, não fica nenhuma. (...) Então, eles vão lá meia hora é só pra me ouvir.” E11.

“Olha, eu sou um pouquinho avessa mesmo. (...) É muito difícil de me procurar (...) primeiro, eu relutei muito... (...) e depois (...) era difícil (...) eu tenho problema de saúde, era difícil arrumar uma consulta (...). Arrumar um local que atenda mesmo, você pega e faz uma consulta num local sei lá onde. (...) Então pra ver teve uma época que eu precisei e me ajudou bastante. Tinha problema de depressão, fui abusando de droga e pra mim foi uma mão na roda, por que você vai às vezes procurar um atendimento num lugar que tem que esperar uma fila imensa, e às vezes a gente não

sabe aonde ir (...). E vai ter que esperar quanto tempo um atendimento ou alguma outra coisa. (...) Então pelo menos na época que eu precisei eu gostei, achei bom e eu não sei por parte das meninas, por que eu não acompanho bem. (...) Tem bastante trabalho de motivação aqui, para o usuário é por que eu não tive ainda, muitas vezes a gente fica só pensando em dinheiro e esquece de cuidar da saúde e eu sei que aqui tem os meios, direitinho pra gente procurar o que tem, o que deixa de ter (...) (...) eu fui no NAPS. Foi o pessoal daqui mesmo que me encaminhou para lá. Pessoal da redução. (...) A gente não tem paciência de fazer direitinho (...) Mas eu pensei: vou procurar. (...) Pensei muito. (...) Vou ter que ir pra lá. (...) É legal você chegar num lugar onde você é bem recebido, e as pessoas não ficam... ah, sei lá... é difícil, um ambiente humanizado. (...) É essa a palavra: humanizado. (...) A pessoa olhar pra você e te tratar simplesmente como um ser humano, mesmo. (...) e foi ela [reduzora de danos] que me levou [para atendimento de saúde]. (...) eu nem sabia que tinha essa vacina aí para gente tomar não. (...) nunca me preocupei com essa coisa de vacina não. (...) Eu tinha vacinas pra tomar e nem sabia!” E12.

“as vacinas que a gente sempre toma, e dão à carteirinha, tudo, então você acaba pensando assim. (...) meu Deus então eu mudei muito depois da perua, assim se exame, qualquer coisa que acontece, tipo aí meu Deus, vocês viram as meninas da perua, puxa, tipo aí meu Deus preciso de camisinha as meninas da perua sumiu, aí preciso fazer um exame, preciso falar com as meninas, tudo que acontece as meninas da perua que a gente vai corre. (...) eu iria achar ruim se não tivesse essa cobrança, (...) porque eu vejo e sinto que ela [reduzora de danos] tem carinho pela gente, entendeu, tudo bem que é um trabalho, sinceramente, mas pra umas pessoas trabalhar assim, trabalhar na rua porque se eu falo sou garota de programa, mas é um lugar muito feio, aquilo não é um lugar de gente entendeu, eu falo se for procurar o inferno, o inferno é ali onde eu estou na prostituição, qualquer pessoa que não trabalha na rua de garota de programa, não é drogado nada, ir lá querer ajudar.... sinceramente eu não iria. (...) com os meninos [reduzores] é a mesma coisa como se fossem com as meninas redutoras] porque já pegamos confiança em todos e tanto os problemas que a gente tem qualquer parte do nosso corpo, a gente já fala tanto pra eles ou pra elas, já temos confiança, ambos os sexos pra gente não influencia em nada.(...) ajuda a gente na parte dos exames, leva o preservativo pra gente, luva, gel, tudo essas coisas que a agente utiliza do nosso trabalho fornecendo pra gente de graça e melhorar, ajuda em muitas coisas (...) você acaba pegando um vínculo sim, com as pessoas, porque igual eu falei, tudo que vai acontecer de doença você precisa correr pra falar pra elas [reduzores de danos], porque as outras não são amigas só estão lá pra crítica (...) quem me dá na verdade o que você tem e o que você não tem é as meninas da perua, então é a única gente , a gente tem que corre pra ela, se a gente pega sim um carinho por elas, tem dia que elas não vão leva os preservativos, elas passam lá pra vê como que cê ta, ta precisando de alguma coisa, cobra os exames, o que deu, então é uma coisa boa sim.” E13.

“Foi o “explicamento” da camisinha... incentivou o uso da camisinha, o medo de pegar AIDS... sem camisinha não vai. (...) [quanto às drogas o que a URD orientou sobre] overdose (...) e se não tiver ninguém perto morre. (...) O cliente foi pro quarto, queria meia hora, uma hora no mínimo aí chegou lá na hora ele falou que não queria usar camisinha aí eu falei então eu to indo embora. (...) Comecei a ir mais ao serviço de saúde após conhecer a URD.

(...) Pra ver como é que eu tava (...) o pessoal da redução perguntava se eu queria ajuda, que eu ia fazer artesanato, que é pra distrair a mente, não ficar com a mente parada, origami, aula de dança, aula de instrumento pra poder se distrair e não querer droga. “Ajuda psicológica, não humilhar entendeu? (...) Tem de bom que vai atrás na rua quem ta precisando, os dependentes, os mendigos, que é difícil o efeito da droga isso impede a pessoa de viver normal.... só quer viver pra aquela porcaria. (...) Alguns chegam, outros esperam a ajuda chegar até eles, já não agüentam mais... a droga fala mais alto... já não tem aquela vontade de caminhar de caminhar até a ajuda, quer caminhar até as drogas entendeu?” E14.

“Eles [redutores de danos] me trazem camisinha pra prevenir com o meu marido [atual] deram uma caixinha com agulha pra quem injeta não pegar doença, ajudou é... trouxe umas roupas pra nós aqui. (...) Eu acho que sim porque agora eu to maneirando na droga, no álcool (...). Porque quando eu estava muito descabelada nas drogas eu esquecia do meu filho e hoje eu já não estou esquecendo. (...) [A redução de danos ajudou] conversando comigo o que é certo e o que não é.” E15.

“eles [redutores de danos] me orientam muito, eles falam de tudo até sobre material descartável para usar, porque pelos canudos, cachimbos a gente pega várias bactérias, por causa disso. Fiquei sabendo [dessas orientações] disso através deles. Eu nem sabia que podia pegar várias coisas pelo canudo ou cachimbo. (...) porque assim eles mostram que estão preocupados com a gente e tem muita gente que não se preocupa e bem assim, não está nem aí faz programa, usa droga e depois eu comecei a me preocupar com a minha saúde, foi onde eu fui fazer o exame de HIV, tanto que graças a Deus eu não tenho nada. (...) Se tivesse eu tratava, mas eu não cheguei a me contaminar entendeu. (...) O mais importante foi isso porque até então eu tinha muita dúvida e esse esclarecimento me deu coragem de fazer o exame tanto que eu fiz. (...) depois disso, cada um usa o seu [cachimbo/canudo]. (...) O carinho, porque eles dão apoio, dão uma palavra de conforto pra gente ouvir, eu vejo isso também, o trabalho é muito importante (...) (...) E16.

“lá é mais prático é mais pertinho eu não sabia que tinha lá e que eu podia ir, agora fiquei sabendo e agora eu posso ir lá, antes eu nem me preocupava [antes de conhecer a URD]. (...) Sim muita coisa eu não sabia, agora eu sei por isso eu fico preocupada... que eles explicam direitinho aí fica mais fácil (...) que nem por exemplo médico público, hospital público, você sabe que tem que ir na fila, anotar tudo pra você ser atendida daqui um mês essas coisas e fora que você não se sente bem pra explicar o que você faz ou deixa de fazer então da vergonha. Então com elas [redutoras de danos] não porque elas já sabem quem você é mesmo (...) eles tratam a gente bem, oferecem sempre a camisinha e isso é ótimo, senão tem que ir lá no posto buscar eu sei que é o correto mas eu não vou, nunca fui, não gasto meu tempo fazendo isso, ou eu compro ou pego no hotel ou espero ele chegar mas eu mesma no posto eu não vou não consigo chegar no posto e dizer olha me vê 20 camisinhas. (...) Que nem exames você tem que fazer eu achava meio complicado já como eu me acostumei com eles [redutores de danos] fica mais fácil eu já sei o que pegar onde eu tenho que ir em Santo André. (...) Ah o fato de assim tipo eu sempre usava e não fiz nada sem camisinha, agora então de jeito nenhum nem oferecendo mais!.que é o que acontece na rua. (...) Oh... acho assim, que agora eu sei que tem alguém que se importa com agente entendeu?” E17.

Depois que eles [URD] apareceram é que a gente se cuida mais, né? (...) Melhorou bastante porque elas me dão conselhos, eles estão me ajudando muito me levando pra cima e pra baixo pra fazer exames, no hospital no posto. (...) Eles falam direto (...). 'Para de usar drogas isso não é bom pra você, se você quiser a gente ajuda você'(...) Quando a gente vê já está envolvido com eles. (...) E a gente começava a passar lá. E de vez em quando eles [redução de danos] falavam, tem que ir fazer exame no posto, de HIV pros "viados". (...) Que estava acontecendo muito assim, estava tendo muito caso (...). Aí eles começaram a procurar as mulheres, os "viados". (...) Porque eles morrem muito. (...) Morre mais travesti do que mulher na rua. De HIV ainda! Muito! Morre muito. (...) Olha, eles [redução de danos] conversa muito comigo, tal. E é isso também de estar tratando, fazendo tratamento. Estar indo no médico. (...) De vez em quando eu não vou, daí a turma do posto liga, aí tem resultado de exame. (...) Daí eles vem com a perua: anda que está chamando lá no posto! (...) aí eu pego e vou. (...) Às vezes eu largo de mão. (...) Aí, não agüento mais ir no médico, no médico, no médico. (...) Aí eu largo de mão, aí eles [redução de danos] vem atrás. (...) De vez em quando a gente até passava no ginecologista. (...) As pessoas que conversam com a gente, ajudam as meninas, conversam com ela ajudam elas não pegarem doenças venéreas, ajuda, .isso é muito bom. (...) Não tenho o que reclamar." E18.

"Pensei em cuidado com a saúde quando estava na rua. (...) Ir no médico fazer o exame de HIV. (...) Porque eu tenho medo de HIV. As coisas que eles ficam falando [os redutores], que é muito fácil pegar isso ainda mais quem faz programa. (...) porque às vezes "locona" eu saía com os caras lá e "pá" só depois eu pensava: (...) Cachimbo eu não empresto. (...) A Redução de Danos [me orientou sobre isso]. Porque emprestando o cachimbo eu posso trazer um monte de doenças pra mim. (...) Eles me ensinaram muitas coisas só que agora eu não sei te explicar como só sei que eu aprendi, mas só pra mim." E19.

Os entrevistados relataram que alguns conhecidos e amigos, que também não cuidavam da saúde, passaram a ser indiretamente influenciados pelas orientações da URD (E1, E2, E4, E5, E7, E9, E10, E11, E13, E15, E16, E17, E19).

"Tem uma amiga minha que era que nem eu, ela falava que o importante era dinheiro. Ela foi chamada pra sair com um homem e ele pediu pra fazer sem camisinha, e ela disse que não podia por que ela tinha feito o exame e tinha dado que ele tinha AIDS." E1.

"Eu não vou falar porque já morreu. Tomava mais do que eu. (...) No terreno. (...) Mataram ele. Tinha parado de beber (...) também. o redutor conhece ele. (...) Orientava falava pra ele procurar o hospital, levava ele no médico, falava pra ele não andar com gente que não presta." E2.

"Minhas colegas não sabiam do corte, por que começaram a dar luva, elas não sabiam que se tivesse corte na mão e tivesse contato com cliente. (...) Elas não sabiam que qualquer cortezinho pode pegar AIDS. Foi importante, foi muito bom. (...) tanto que agora ela faz tratamento, por causa das costas delas, começou a usar preservativo, porque antes ela não usava não." E4.

“eu acho que pessoas que convivem comigo acabam mudando também. (...) Por exemplo, eu tenho um amigo que tem leucemia e descobriu há pouco tempo e ele não ia no médico nem nada, e hoje com esse projeto [URD] e com o pessoal da ONG ele está fazendo parte, está indo no médico e tal e ele tem convenio e tal, mas não procurava e tal.” E5.

“mas existe uma pessoa que melhorou bastante, dizem que ela tem HIV, mas ela parou bastante acho que nem tá usando mais e foi a Redução que ajudou. (...) mas eu sei que ajudou e eu ouço as meninas também, eu acho que é isso mesmo o trabalho de vocês, reduzir o consumo de drogas e tem que investir mesmo, investir financeiramente, investir em psicólogo bota a cara mesmo, investir mais porque essa nova geração que está entrando na profissão é totalmente diferente de quando eu entrei, elas estão se perdendo em pedra, elas estão fumando pedra. o que é pior é terrível eu nunca experimentei e nem vou experimentar.” E7.

“não sei se mudou pra mim, eu acho bacana no coletivo, por que geralmente o pessoal não tinha preservativo, era um pedindo pro outro. (...) Eu pego na Vila Guiomar, no Emílio Ribas, então, tem um monte em casa, então, eu trago e os meninos quando vão fazer programa, eles vem e pede. (...) Achei legal nesse ponto, por que não é todo mundo que tem dinheiro pra ir na farmácia comprar e se não tem vai pras cabeças, e tem aquele negócio que eu te falei o povo não usava mesmo, pois, isso eu achei legal a distribuição de preservativo na rua mesmo, pra preservação. (...) É uma consciência a mais, não que não acrescente por que quer queira, quer não, tem sempre gente que não tem informação (...) Com certeza [distribuição de insumos pela URD] melhorou a saúde e os michês passaram a usar mais]. Por que tá ali. Eu vi ela e falei eu to sem uma camisinha, aí eu falei, “vamos pegar camisinha”. (...) Ai, eu e o [colega] pegamos camisinha. Eles pegam mesmo e pega põe no bolso e começa a usar mesmo, tem aquele que dá pros outros por que não pode levar pra casa, por que tem um que tem namorada.” E9.

“O que eu percebo é que, por exemplo, quando eu pego camisinha com o redutor de danos muitos amigos meus têm vergonha de ir ao posto pedir e pedem pra mim, então eu acabo pegando camisinha pra mim e pra eles.” E10.

“Eu já tive oportunidade de ajudar todas as meninas que trabalham comigo. (...) Por que eu sempre fui muito tagarela, com dizem, e o que aconteceu comigo, eu não quero que aconteça com outra pessoa, então as meninas que vem, principalmente, as que trabalham em casa, por que as que trabalham na rua, já são alguém esolado com a vida, as meninas que vem do norte, vem despreparadas. (...) Então, eu sempre tento passar pra elas, o que eu aprendi, que eu tive que aprender sozinha, eu falo pra usar sempre preservativo, nem que o cliente pagar, por que 50, 100 reais não paga a vida delas Eu tenho uma amiga da Bahia e outra do Piauí. (...) Elas não se preocupavam, o pessoal do norte é muito despreparado, da mesma forma que eu vim, elas também vieram elas acham que fazer programa é simplesmente colocar o preservativo, fazer oral e sentar em cima. (...) Senti dor, vai na farmácia, e toma remédio, e não é isso. (...) Falando monte, enchendo a cabeça delas, se tá reclamando de dor, menstruação vem e fica 15 dias, em vez de procurar um médico, fica tomando remédio por conta própria, e não vai se cuidar. (...) Ai foi aonde as meninas chegaram [redutoras de danos], conversaram, eu não lembro o nome de todos. (...) Então, conversando com eles, [médicos] foram examinando elas,

e ela tava com a ferida no útero, se continuasse desse jeito era pior, tava chorando de dor. (...) Foi fez cauterização e hoje esta ótima. (...) Outra tinha mau cheiro e só fazia banho e não resolvia, uma semana já estava de novo. (...) Foi no posto, não lembro quem cuidou dela, mas ela voltou toda contente, fez o tratamento e ta bem. (...) Olha as duas me surpreenderam muito, elas tinham muito medo, assim como eu e outras pessoas que estão chegando agora, elas tinham medo das pessoas descobrirem, do que elas vão pensar. (...) E eu ensinei elas que não tem que se preocupar com o que os outros pensam, por que ninguém se preocupa com a gente, pois se faltar o pão, a água na sua casa, ninguém vai lá perguntar se ta faltando, mas se tem demais se preocupam em saber da onde ta vindo. (...) E eu ensinei a elas que a vida da gente só quem pode tirar é Deus, então, só quem pode cuidar é ele e você. (...) Elas abriram uma casa, estão indo super bem, estão estudando, tocaram a vida pra frente” E11.

“caso mais recente é o da uma profissional do sexo (...) que assim ela não tava se cuidando, mas fica eu e as meninas da perua fica brigando, fica em cima, perguntando se ela marco, as meninas [reduzidores de danos] vai e briga então eu e as meninas brigando com ela, mas assim ela ta melhorando ela não parou, mas ela ta diminuindo muito. (...) Ela usa cocaína, ela não parou, ela diminuiu bastante, na minha frente ela não cheira, porque ela sabe que eu brigo agora ela vai operar dia 16 agora. (...) então, falei puxa, graças a Deus meu [ela] tomou juízo porque a gente fica em cima falando, falando e é uma pessoa que eu gosto muito entendeu hoje ela ta com HIV. (...) faz as coisas certa e as meninas [reduzidoras de danos] também fica em cima, agora ela ta dando uma melhoradinha. (...) Não eu não acho [a cobrança dos reduzidores de danos], eu iria achar ruim se não tivesse essa cobrança, porque assim, tem muitas meninas lá que não ligam pra isso, uma colega mesmo ela descobriu a doença pelos exames que ela fez, com as meninas [reduzidoras de danos] também sempre mandando ela ir fazer exame, todo mundo ajuda muito, ela até com cesta básica, várias ajuda que ela teve tipo as meninas da perua que ajuda.” E13.

“Tinha um amigo que usava direto [drogas] até roubava e a gordinha [reduzidora de danos] conversou com ele e hoje ele está dentro de uma igreja. (...) Só pela conversa já ajudou ele porque ele disse que entrou na mente dele e hoje ele ta andando arrumado e da igreja pra casa na cabeça dele droga não tem mais. (...) Porque ele disse pra mim ‘eu tenho que dar um jeito na minha vida, pensar mais um pouco em mim porque eu ainda sou novo. (...) perdi minha mulher por causa da droga e hoje eu estou dentro da igreja e o que eu quero eu estou conseguindo’ e tudo o que ele perdeu ele está conseguindo.” E15.

“Duas pessoas começaram a se cuidar e vão até fazer exame, porque as pessoas começam pelas vacinas entendeu e isso vai dando coragem para as pessoas fazerem o exame porque até então você não está nem aí e isso incentivou as pessoas a se cuidarem mais, estão sempre com camisinha no bolso e nem é pelo fato das camisinha é pela orientação porque a gente precisa se cuidar pra não se contaminar, não pegar uma doença, essas coisas (...) Ele [um amigo] disse pra mim que ia começar a se cuidar mais porque só assim pra se prevenir (...). E isso também é uma orientação que eles [reduzidores de danos] dão pra gente.” E16.

“eu tenho uma colega que trabalha (...) Há uns dois anos, mas ela deu uma boa melhorada. (...) Ela não é tanto, mas mudou muito, dá pra dizer que mudou aí uns 60 por cento (...) Hoje ela está bem mais limpinha, não fica

mais de noite no meio da rua, sabe... hoje ela vai na médica, cuida da saúde dela, não usa mais muita coisa que nem usava antes. (...) Hoje no máximo ela bebe alguma coisa aí, trabalha normalmente, então ela tá bastante legal, a gente conseguir ver ela sóbria (...) Mas hoje já é até capaz de conseguir conversar com ela sóbria (...) Ah! tem a outra colega, ela vinha aqui... também está bem melhor! (...) trabalhava com a gente aqui e (...) freqüentava o grupo aqui e hoje ela está bem. (...) Problemas todo mundo tem (...) Mas ela não tem mais aquelas coisas... se cuida direitinho... trabalha, fica o horário certinho que tem que ficar. (...) Por que é assim, a maioria das meninas não tem um controle de saúde, assim e tem muita dependência. Então ela não está mais da forma como era antes. (...) ela vivia descontroladamente. Bebia descontroladamente. (...) A gente via ela na rua, colocava o dinheiro no bolso dela, os caras se aproveitavam dela. era direto. (...) Uma vez ela chegou até a [furta] uma blusa minha então... era coisa de muito vexame mesmo (...) E hoje ela não está mais assim. (...) Ela não se descuida mais. Hoje ela está bem melhor. (...) Antigamente, ela olhava pra um bar e tinha até pânico, hoje ela consegue entrar em um bar, dançar, tudo, sem sair de lá bêbada. (...) Na verdade ela [falando sobre uma travesti agora] não se cuida muito... mas ela está melhorando... ela tem algum problema no ânus dela só que ela já fez sexo sem camisinha, só que ela não sabe o que é.... aí como chega sim eu falo vai lá pega camisinha que nem esses dias ela precisou ir no médico porque tava saindo pus e aí parece que (...) eu pedi pra eles [reduzidores de danos] ir lá falar com ela direitinho aí...parece que ela conseguiu marcar tudo direitinho. (...) [antes, essa travesti] não pensava em nada. (...) Ela ficou feliz quando veio o exame dela e veio falar: que bom eu não tenho AIDS ainda bem. (...) falaram que não precisava fazer cirurgia nem nada liberaram (...) porque antes eu tinha falado com ela e ela tava mal, eu acho que quando a pessoa faz muito sem camisinha acho que, sem saber se está com AIDS ou não, vai se entregando (...)” E17.

“Ela passou a se cuidar mais. (...) Ela não empresta mais o cachimbo, ela anda com dois um ela usa o outro ela empresta.” E19.

A atividade de acolhimento, desenvolvida pelo programa, foi particularmente referida pelos entrevistados, que a consideraram um momento muito particular de integração entre os entrevistados e equipe de reduzidores de danos: troca-se informações; tiram-se dúvidas, possibilitam-se reflexões sobre situações especiais ou decisões a tomar, ‘conselhos’ são dados. Durante o acolhimento é possível discutir qualquer assunto, se divertir e trabalhar ao mesmo tempo. É fundamental porque muitos usuários da URD não têm família em Santo André. Desenvolve-se no acolhimento uma certa cumplicidade e bastante confiança, uma vez que os usuários percebem que o sigilo será respeitado (E1, E2, E3, E6, E11, E13, E15, E17).

“Tem dia que eles pegam a gente só pra conversar [dia do acolhimento] que também é muito bom. É muito bom, por que só dar camisinha não adianta, tem hotel que dá camisinha. O bom é quando eles pegam pra conversar.” E1.

“É tudo [o dia do acolhimento], eles conversam me dão apoio... não tenho nem condições de falar. (...) [nome de um dos residentes] principalmente, porque aquele (...) eu coloco a minha mão no fogo porque ele sempre me ajudou (...). E falou que sempre vai me ajudar e é uma coisa que eu admiro muito (...) O apoio de vocês... só isso que eu tenho de falar.” E2.

“[o acolhimento é] importante, eles querem saber o que está acontecendo com a gente, porque a maioria não tem família aqui. E3

“Geralmente na hora do acolhimento, as pessoas vão quando a gente está trabalhando, a gente não vai dar muita importância a isso, pra conversar é difícil. (...) A gente está ali pra trabalhar, a gente dá atenção aos homens e não dá atenção mais a nada. Tem importância sim [o acolhimento]. É pra levantar se você tem alguma doença, pra cuidar mais rápido. (...) Se você tiver, vai cuidar mais rápido, se não tiver, vai cuidar mais ainda pra não pegar.” E6.

“Eu acho importante [o dia do acolhimento]. É onde todo mundo expõe e tira as dúvidas. (...) A gente fala e é ouvido. (...) as minhas amigas que foram encaminhadas e foram bem tratadas.” E11.

“faz sentido sim [o dia do acolhimento]. Dá pra conversar bastante, dá pra fazer qualquer coisa, da (...) se divertir, pra trabalhar. (...) igual uma vez eu conversei com a menina da perua, sobre o aborto e ela me fez prometer que eu iria lá só pra ela me ver porque senão ela não iria dormir de preocupação de aborto comigo. (...) Porque eu tomei uma medicação, (...) e ela ficou muito preocupada comigo, aí depois do aborto que eu fiz, eu fui até lá (...) e conversei com ela e ela viu que eu estava bem e ficou feliz, porque ela se preocupou comigo. (...) pra falar a verdade (...) acho que a gente não ligava muito pra essas coisas, eu e as meninas que a gente conversamos, todo mundo começou a acordar depois de vocês.” E13.

“Eu acho bom [o dia do acolhimento] porque eu fico o dia inteiro sozinha aqui, não tenho uma amiga alguém pra conversar, dar um conselho de amiga e vocês são amigas pra mim.” E15.

“É bom [o dia do acolhimento]... pra mim é bom.. porque que nem eu falei eu converso, elas perguntam agente troca idéias, porque que nem ali tem muita falsidade também e com elas não agente sabe que o que a gente fala fica ali e ninguém vai ficar espalhando pra todo mundo entendeu? (...) Então tranquilo é mais fácil.” E17.

5.2.4.3 Para além dos insumos: em direção a outros direitos humanos

A análise do material empírico coletado mostrou também que a ação da URD perpassou a prevenção de danos à saúde, promovendo transformações mais amplas. Os entrevistados: percebem-se com mais

consciência dos seus direitos e mais respeito próprio; aprenderam a se proteger de clientes agressivos e a se defender de maus tratos; sentem-se mais maduros e mais equilibrados com o conhecimento que vão adquirindo; apresentam mais respeito por si mesmos, e menos vergonha e medo de procurar ajuda; sentem-se mais fortalecidos para a vida, procurando estudo, trabalho e moradia; no caso dos trabalhadores do sexo, sabem que não são obrigados a fazer sexo com clientes se não desejarem, podendo fazer Boletim de Ocorrência (E1, E4, E5, E10, E11).

“Acho que [adquirir] respeito, tem homem que acha que porque tá pagando pode fazer o que quiser. (...) Não é assim não. (...) não estou só falando protegida pela camisinha. (...) Estou falando, não precisa ser chifrada, tem que me respeitar. (...) Tem homem que acha que porque está pagando pode fazer tudo. (...) Não é assim. (...) Comigo não é assim de jeito nenhum. (...) Se você for fazer tudo que o homem quer, hoje se um homem começa a puxar meu cabelo, fazer algo que eu não quero, eu já paro na hora. (...) Hoje, começou a puxar meu cabelo, pegar na minha garganta, carinho é uma coisa, judiar é outra. (...) antes não tinha essa coragem, muitas meninas ainda não têm. (...) Antes o homem chegava, vou fazer isso. (...) A gente fica mais esperta, aprende que não é só o dinheiro que conta, presta mais atenção nas coisas.” E1.

“Melhorou porque se um cara quiser forçar a gente a fazer sexo, temos o apoio de vocês. A gente não sabia que se um homem forçasse a gente podia procurar uma autoridade”. E4

“Vou bater de novo na questão do conhecimento porque quando eu comecei no projeto, eu era muito inocente entendeu e eu pensei vou ser só mais pra encher o saco? (...) Ser só mais um número e não fazer nada e hoje eu olho pra mim e falo nossa também se não fosse esse projeto eu não seria o homem que eu sou hoje, maduro, que pode lidar com os problemas do dia-a-dia. (...) com maturidade, além da saúde. (...) Pra mim acho que na formação de caráter assim é algo que me ajuda muito, faz muito bem pra mim. (...) Eu acho que assim se não fosse esse programa eu não teria essa opinião formada hoje que eu tenho e que eu coloco para os outros aceitarem, não impor. se não fosse esse projeto acho que hoje eu ia aqui...amanhã ia lá. (...) Eu quero ter um trabalho registrado, continuar com meus shows de Drag, quero tirar carta, ter minha casa, morar sozinho, e que nem a psicóloga falou tem a diferença do ser e estar, ela disse: sou psicóloga e estou viva. (...) E eu falo: eu sou homossexual e estou Drag, se amanhã não tiver mais público para que eu faça meus shows de Drag será que eu vou continuar sendo Drag? Eu sou o que eu quero e eu corro atrás.” E5.

“eu sei que é um dever de todo e qualquer cidadão brasileiro usar o preservativo para se proteger, mas, por exemplo, você pode ir em qualquer posto de saúde e buscar porque isso é um direito seu de ter isso como contribuinte. Porque eu pago meus impostos, sou um ser humano como qualquer outro, eu tenho meus direitos como cidadão.” E10.

“Hoje eu me sinto uma profissional normal, como qualquer outra mulher. (...) Hoje eu sinto que eu tenho mais respeito por mim mesma. Eles [reduzidores de danos] passam uma segurança pra gente. (...) Hoje eu não tenho vergonha de chegar numa loja pra comprar alguma coisa e ele perguntar pra mim, onde eu trabalho. (...) Eu falo que sou garota de programa. (...) Antes eu tinha vergonha hoje não. (...) A auto-estima da gente [melhorou]. (...) Me ajudou muito. [assim como a] o pessoal que trabalha comigo. (...) Acho que a gente deveria ter sim benefícios, ser respeitada pela sociedade e nós não somos. Pra nós sermos respeitadas tem que brigar por isso, como eu faço. Eu chego em qualquer lugar, eu falo o que sou e aí de quem me desrespeitar. Por que eu sou cidadã, eu pago luz, pago água, pago tudo. Meus filhos estudam, tudo que eles tem sou eu que pago, meu dinheiro é igual ao de todo mundo, por que eu sou tratada diferente. (...) porque se um cara quiser forçar a gente a fazer sexo, temos o apoio de vocês. A gente não sabia que se um homem forçasse a gente podia procurar a autoridade.” E11.

Houve quem apenas lamentasse a impossibilidade de acessar direitos por conta da opção sexual (E6).

“Eu acho que não tem nada diferente, todos são iguais. (...) Por que só da gente estar na rua, as mulheres passando com os homens (...) fica olhando. Por isso que a gente nunca acha trabalho, nem de doméstica, nem nada. Você acha que ela pode te deixar e sair de casa, deixar o marido, sabendo que tem um travesti... você acha que o marido dela não vai querer ficar? (...) Muito difícil travesti trabalhando assim é raridade, já vi em salão, e trabalhando assim. (...) Acho que [travesti] não tem direito nenhum. (...) Porque é travesti, é ‘viado’, não tem direito.” E6.

5.2.4.4 Críticas e Sugestões

A avaliação dos entrevistados permite perceber diversas fragilidades e dificuldades da URD. Entre elas, a presença inconstante e a demora do programa em retornar em alguns dos campos que compõem o território de abrangência do programa (E7, E8, E9, E11, E12, E13, E17).

“Eu acho que vocês precisam passar mais vezes lá.” E7

“Ele vem aqui e diz você tá em dia, tá com as vacinas em dia, mas não evolui muito. A gente pede camisinha, vêm 12, sendo que isso a gente usa em um dia, e eles vem aparecer na outra semana, se é que vem.” E8.

“A única coisa que eu acho é que deveria passar com mais frequência, umas 2, 3 vezes por semana, que entregam umas 10, 20 camisinhas, acho que é isso. (...) Mas não que melhorou muito, eu acho que se voltasse a passar, ia ser melhor, ia ter mais informação, era muito aquela coisa de chegar entregar o preservativo e já era.” E9.

“Que em vez de uma vez por semana, fosse duas!” E11.

“Eu acho que devia aumentar um pouco a frequência. O pessoal estava reclamando uma época, que a perua não está indo lá. Outro dia falaram ‘o pessoal da Redução de Danos nunca mais passou mais aqui’” E12.

“eu nunca perguntei, mas fala ‘porque vocês sumiram? Onde vocês estão?’” E13.

“O fato de passar assim duas vezes por semana, podia aumentar, ser umas três (...) porque tem hora que chega uma pra outra e fala então você tem camisinha? (...) não, não tenho e a outra também aí agente fala: ‘Pô bem que a perua podia passar agora né?’” E17.

Os entrevistados consideraram ainda que os redutores de danos deveriam conversar mais com os usuários e não restringir o trabalho à distribuição de preservativos. Alguns sugeriram que o local de conversa não fosse a rua e outros que essa conversa deveria ser feita com um profissional de psicologia. Há também quem proponha um centro de referência para os usuários do programa (E1, E6, E7, E8, E10, E11, E12, E14, E16, E18).

“Acho que em vez de só dar camisinha, eles têm que vir e conversar.” E1

“Acho que eles devem conversar mais em casa, não na rua, com uns cartazes, com desenhos e explicar o que deve (...) [sobre] as doenças. (...) Apesar que onde eles vão conversar com a gente não dá nenhum ouvidos. E mais em casa, reunir todas e explicar, mas na rua não adianta, ninguém vai dar atenção. E6.

“eu acho que vocês têm que colocar psicólogos, bem conceituados... não estagiários porque pra mexer com esse tipo de pessoa, tem que ter experiência tem que ser uma pessoa vivida porque elas mentem muito, contam muita mentira é complicado.” E7.

“A gente pede camisinha, vêm 12, sendo que isso a gente usa em um dia, e eles vem aparecer na outra semana, se é que vem. Gel a gente necessita também muito e nunca trouxe aqui, desde que eu estou aqui, nunca deram gel. E gel eu acho que é necessário passar o gel, é lubrificação. Então eu vou falar a verdade, é como se não tivesse vindo, a única coisa é que ele vem e traz 12 camisinhas, que eu uso em 1 dia”. (...) Eu acho que precisa dar mais atenção pras meninas, porque o que agente corre aqui é risco tudo bem, lá fora também à gente corre. (...) Tem, um dia que ele vem aqui e da camisinha e tem dia que ele vem aqui e dá palavras. Às vezes a gente nem dá muita atenção na realidade, às vezes a casa está muito corrida, eles sentam aí, pergunta como a gente está se está tudo em dia, oi, tudo bem, tchau. (...)” E8.

“Eu acho que seria interessante ter um centro de referência pra pessoas poderem conversar com vocês e se possível se a pessoa der abertura pra isso distribuir os insumos e conversar ao mesmo tempo não um dia dar a camisinha e no outro dia conversar, porém isso poderia marcar as pessoas também...” E10.

“Dar melhor as orientações, eu acho que o que a gente mais precisa é de orientação, sentar pra tirar dúvida, o preservativo é importante, mas não é

tudo. Por que não adianta dar o preservativo, se ela não vai saber usar. E11.

“Eu acho que tinha que ter um acompanhamento, tem muito cliente lá que sai com as meninas e elas não usam camisinha, entendeu? Tipo, pra fazer sexo oral, enfiou-se uma cultura na cabeça das mulheres que você vai fazer sexo oral com um homem sem camisinha, se ela tiver os dentes bons ela não vai pegar nada! Enfiou-se essa cultura, então é uma coisa que fica meio difícil de trabalhar, mais da metade dos clientes que aparecem na rua pede para transar sem camisinha, ou pra colocar um pouco sem camisinha e isso significa que tem menina fazendo. Se as meninas que estão fazendo estão contaminadas ou não a gente não sabe, mas elas não se importam.” E12.

“é meios de distrair a mente das pessoas tipo a psicologia na mente das pessoas, conversar, já ajuda bastante também, o que nós não temos na rua temos dentro do atendimento, é conhecer melhor a pessoa, saber que a pessoa não está discriminando, não te destrata que nem lá fora.” E14.

“não sei... colocar uma psicóloga pra ouvir as pessoas porque tem muita gente que precisa.” E16.

“Conversar mais com o pessoal. (...) Ah, sobre fazer exame (...) de HIV, sobre exame de câncer, conversar mais com elas. (...) conversar assim eles conversam, você entendeu? Mas eu acho que tem que forçar mais um pouquinho.” E18

Há ainda quem ache plausível ter um atendimento médico em ambulância (E11).

“O que poderia melhorar também é que às vezes eu não tenho tempo pra ir até o posto, poderia passar pelo menos uma vez por semana um ginecologista, poderia examinar as meninas de rua na ambulância mesmo.” E11.

Foram feitas algumas reclamações quanto à quantidade de preservativo distribuído pelo programa. Dessa forma, houve sugestões para que: a distribuição aconteça em dias de pico de trabalho para as profissionais do sexo e que se aumente a quantidade distribuída - E7, E8.

“E vocês dão pouca camisinha, nove camisinhas é pouco isso a gente usa em um dia é muito pouco, nem todo mundo tem dinheiro pra comprar camisinha eu vou na farmácia e compro cinquenta reais de camisinha por semana vocês passam segunda, quarta e sexta eu acho que tinha que ser nove na segunda, trinta na quarta e trinta na sexta que são os dias de pico, porque os travestis fazem muito oral na rua pra ganhar dez, quinze reais, eles estão desesperados porque tem que pagar cafetina, por isso que eu digo tem que acabar com esse negocio de cafetina, os travestis eles precisam de ajuda.” E7

“Agora, a gente tá querendo (...) camisinha de graça, que é da Prefeitura, eu acho que eles deveriam dar a camisinha, o gel, essas coisas que a gente necessita todos os dias. A gente deveria ter tempo, por que saúde não se

brinca, mas é aquele negócio, a casa aqui, se você faltar é multa de 70 reais, são 7 vezes que você vem pra um quarto de graça, se chegar atrasada, é multa.” E8

Uma demanda que surgiu foi a de distribuição do gel lubrificante. Os entrevistados acentuaram que o gel é muito caro e que é uma necessidade para o trabalho (E3, E8).

“Lubrificante que não dão mais (...) porque é caro.” E3

“Gel a gente necessita também muito e nunca trouxe aqui, desde que eu estou aqui, nunca deram gel. E gel eu acho que é necessário passar o gel, é lubrificação.” E8

Alguns sugeriram também que a URD voltasse a ministrar vacinas nas ruas e nas casas de programas sexuais, atividade essa que não acontece mais há algum tempo, segundo os entrevistados. Além disso, sugeriram que fossem dadas vacinas para proteção de outras doenças – E6, E7, E8.

“Acho que tomar vacina contra essas doenças que tem tido por aí.” E6

“Voltar essa história de vacinação, tentar levar as pessoas pro posto de saúde fazer exame, muita gente ali que tem medo.” E7

“Eles ficaram de vir dar vacina na gente, eles sempre vem, fala que vai dar vacina, marca com a gente, se eu não me engano, mas não apareceu. (...) A gente que brinca, fala ‘e aquela vacina? a gente tá esperando?’, ele ri, mas se eu não me engano não justificaram não”. E8.

Alguns dos entrevistados avaliaram que a redução de danos necessita se expandir e divulgar o trabalho desenvolvido e que o foco deve ser o consumo de drogas que vem aumentando não somente entre travestis e profissionais do sexo, mas em geral. Um dos entrevistados sugeriu que agentes comunitários de saúde fossem às casas para acompanhar as famílias que não sabem lidar com o consumo de drogas ou com a presença de um filho gay (E7, E9, E10).

“Porque vocês não divulgam, não colocam alguma coisa no Diário do Grande ABC, como as pessoas vão saber de vocês? Cadê o marketing? (...) é isso mesmo o trabalho de vocês, reduzir o consumo de drogas e tem que investir mesmo, investir financeiramente, investir em psicólogo bota a cara mesmo, investir mais porque essa nova geração que está entrando na profissão é totalmente diferente de quando eu entrei, elas estão se perdendo em pedra. (...) tem que investir mais em travestis porque eles

*estão perdidos, a pedra está crescendo, muitos têm vergonha de assumir que usam droga, eles vêm lá do Nordeste, não tem ninguém, todo dia chega uns cinco. Não. Eu acho que o foco que vocês em que fazer é a droga tem que diminuir o dano de uso de droga porque o consumo ta aumentando muito.*E7

*“Eu acho que é bem apagado essa redução de danos mesmo. Eu acho que deveria ser permanente, deveria ser de bairro em bairro, de porta em porta, por que isso que funciona. O dia que a redução de danos fizer uma entrevistinha com todo mundo, pra ver como as pessoas, estão informadas, ou não. Porque, só na noite, parece que é uma coisa só para as garotas de programa, travestis. Porque, na verdade, a redução de danos, apesar de ser feita mais pra gente, tem muito pai de família, que faz e mãe que tem filho viciado que precisa de informação.”*E9.

*“e era bom você anotar isso aí e outra coisa que eu lembrei é criar em bairros tipo um agente comunitário de saúde que vá nas casas, conhecer a população, saber se está precisando de algum remédio, por exemplo, que nem quando a gente tem paciente alcoolizado na família e que internar ele a força, quando na verdade deveríamos buscar apoio pra nós, pra nós passarmos os procedimentos corretos para as pessoas, mas ou menos isso aí, porque hoje em dia em geral, falta à família porque a família é a base de tudo e tem pais que se fazem de cego, pois às vezes está na cara que o filho é gay ou está usando drogas ou se prostituindo e eles não querem ver a verdade os pais tem que prestar atenção nos filhos.”*E10.

Em consonância com o que já foi anteriormente apontando por um dos entrevistados, de que é preciso dar maior atenção aos travestis, houve quem sugerisse o acompanhamento psicológico dos travestis que fazem cirurgias de mudança de sexo e também quem sugerisse alguma forma de monitoramento da exploração que os profissionais do sexo sofrem por parte dos cafetões (E7, E11).

*“Eu acho que vocês têm que ir atrás disso, tem que ir atrás, cirurgia de mudança de sexo é uma coisa muito complicada e não tem um acompanhamento psicológico, eu mesmo quando fui fazer cheguei lá dei o dinheiro e fiz, eu operei com vinte e nove anos, mas ta cheio de travesti novinho querendo operar, nem sabe o que quer da vida... para. Ta muito banalizado... operar com vinte um anos. Eles só querem dinheiro. (...) Claro, tem que sair orientando esse pessoal, ver se é isso o que eles querem mesmo.”*E7.

“Esse programa, eu gostaria que ele ajudasse a conscientizar os cafetões. Porque eles exploram muito a gente. Gostaria que não só vocês conversassem com as garotas, como também com os donos das casas, porque quem trabalha na rua é livre, quem trabalha na casa não. Mesmo com dor você tem que atender o cliente, isso eu não acho justo. Eu gostaria também que fizesse uma palestra com os donos, porque não adianta só conversar com a gente, tem que conscientizar que quem paga a água, a luz, o telefone, a casa na praia, quem paga são as garotas. Somos nós que subimos, somos nós que expomos nossos corpos. Eles simplesmente ficam

com 60% do dinheiro da gente e a gente não tem nada Eu gostaria que fosse mudado, que eles se conscientizasse. Quer o dinheiro no banco, as coisas deles, somos nós que pagamos, não eles, eles não fazem esforço nenhum. Porque sozinha, com o dinheiro que eu dou pra eles, da pra ele pagar o aluguel, a água, a luz, o telefone, e o anúncio de uma casa. Porque se em um mês eu tiro, 6, 7 mil reais, então eu acho que a gente deveria ter mais respeito, garotas que trabalham em casa, não tem respeito nenhum, são tratado como se fosse cachorro. Como cachorro não, porque se alguém tratar os meus cachorros iguais eles tratam as garotas, eu não sei o que eu faria. Nem um dono de 'puteiro' respeita as garotas e somos nós que pagamos tudo deles. Não sei se vocês ou a polícia, tinha que ter um basta, já que nos damos 60% do que a gente ganha, acho que agente deveria ter no mínimo, não carteira assinada, por que muitas teriam vergonha de mostrar a carteira, tinha que ter algum benefício. Não somos maltratadas pelos clientes, somos maltratadas pelos cafetões. São os cafetões que não respeitam a gente, que não dão dignidade pras garotas que trabalham pra eles." E11.

Entre os participantes da pesquisa, há quem sugira que de maneira geral o país se volte mais à prevenção e que haja um esforço nesse sentido dirigido às casas noturnas – E7, E12.

"Aumentar o número de camisinhas, palestras não é só pegar o HIV e depois pegar coquetel de graça no posto de saúde tem que prevenir. (...) É cair em cima, orientando, com palestras, não vocês é o país, falta muita coisa ainda as pessoas não estão preparadas para se prostituir estão caindo de pára-quadras" E7.

"Mas eu já perdi cliente para meninas que fazem sexo oral sem preservativo. Tem umas que até transam sem preservativo. E as meninas às vezes fazem isso só por dinheiro mesmo. Infelizmente. Em casa noturna tem muito isso. Eu acho que tinha que ter um trabalho maior nas casas noturnas. (...) em casa noturna tem muito mais o álcool (...) uma campanha verdadeira deveria ser feita por portadores de HIV. A campanha contra o HIV tinha que ser feita pelos próprios portadores. O portador chegar e falar: 'ó, escuta, não faça isso com você, às vezes, a pessoa está bonita, mas você não sabe vai explodir. (...) Existem muitas campanhas, mas até hoje não existem pessoas que se assumem portadores e eles mesmos façam campanhas. Como testemunhas. Para dizer: 'você come sem camisinha? Eu comia.' Porque as pessoas (...) ainda olham a aparência. E que quando pega AIDS toma remédio, ainda tem muito disso hoje em dia. Acho que só faria uma campanha uma pessoa portadora, mesmo, tem outras coisas também, como o encaminhamento social, se precisar, jurídico, educacional. (...) E12.

Houve também quem colocasse a importância de se formar uma associação, uma organização dos que estão trabalhando nas ruas ou nas casas de programas – E11, E12.

“Uma sociedade, uma associação. Mas eu acho que não tenho cabeça pra isso, senão eu já teria feito. Não tem associação dos padeiros, dos petroleiros, eu acho que as garotas tinham que se reunir e ter a delas. Pra conseguir um pouco mais de respeito, isso nós não temos, é cada um por si e Deus por todos, quem pode mais, chora menos, é assim que funciona. Tanto na rua, quanto nas casas, já trabalhei em boate, já trabalhei em clínica, já trabalhei em prive, trabalho nas ruas, todo lugar é assim.” E11

“Se tem um trabalho social, todo mundo desconhece. Nunca estive no trabalho de redução também (...). Eu acho que não tem união das meninas (...). As próprias meninas que trabalham no local precisava que elas se unissem, eu vejo as meninas, é cada um por si. (...) um trabalho como esse tem meninas ali que nem se conhecem... umas trabalham lá pra cima, outras lá pra baixo. (...) eu não sei, porque, por exemplo, tem meninas que a gente não sabe, às vezes, o que elas acham, o que é bom, o que não é? pra elas ali agora, por exemplo, tem esse negócio da regulamentação (...) Tem uma associação de prostitutas que muita gente nem conhece, nem sei o que andam fazendo. (...) tava tendo até cursos (...) é, tem meninas que não tem estudo e tem quem não tem dinheiro nem pro ônibus. (...) E tipo assim, parece uma bobagem... mas principalmente pra quem tem problema com dependência (...).” E12.

5.2.4.5 Relação com as drogas

Essa categoria foi composta por: prazer e controle, compulsão e sofrimento e faz parte do programa. Todos os entrevistados relataram ter feito uso de drogas em algum momento da vida, muitos ainda fazem, e há quem faça uso de vários tipos de drogas. As drogas mais citadas foram: cocaína/crack, álcool e maconha.

A URD de Santo André foi apontado como responsável por uma parcela importante do consumo não problemático de drogas lícitas ou ilícitas que parece caracterizar o cotidiano atual da maior parte dos entrevistados, embora haja também os que fazem uso prejudicial. Entre eles, é o crack que desponta como droga preferencial. Aí também a URD marcou presença, ajudando a diminuir prejuízos advindos do consumo compulsivo.

5.2.4.6 Prazer e controle

Assim como variam as drogas, a relação com as drogas também varia de tal forma que alguns entrevistados têm uma relação prazerosa, controlada (E1).

Muitos fazem uso das estratégias de redução de danos, tendo diminuído o consumo ou deixado de utilizar ou de compartilhar canudos e cédulas ou mesmo deixado de utilizar cédulas - E2, E4, E7, E16. Dentre eles, há quem tenha confeccionado seu próprio kit para uso inalado da cocaína (E17). Há ainda quem, tendo experimentado, não gosta e não usa qualquer tipo de droga (E13) ou utiliza raramente (E10), em festas, quando saem (E6, E8). Houve quem se limitou a dizer apenas que utiliza álcool (E3), ou álcool e cigarro (E11).

De acordo com os depoimentos ainda é possível perceber que o tabaco está também presente entre os entrevistados (E1, E5, E8, E11, E16).

“Eu fumo, álcool: eu já experimentei, mas não gosto. (...) Uso farinha. (...) Uso desde os 15 anos.” E1.

“Maconha, farinha, pedra eu usei uns três anos. (...) É assim: não bebe hoje, não bebe depois, depois no outro dia eu bebo, um só tomo um copo e pronto. Paro. Só bebo na hora que vou dormir, tomo um copo e acabou-se.” E2

“Só uma vez, maconha. (...) Bebida eu bebo” E3.

“Cocaína (...) cigarro (...) álcool. (...) parei faz uns dois meses.” E4.

“Dezesseis anos [início do uso de drogas]. Eu tava na balada fumei maconha fiquei muito lesado, cheguei a fazer xixi nas calças, fiquei muito retardado, não posso... e aí que eu conheci a pedra que tinha uns amigos meus Drags que usavam e o que eu mais usei assim mesmo foram a cocaína e eu parei ano passado e o único vício que eu tenho atualmente é o cigarro. Eu já usei, cheirei cocaína, fumei maconha, mas eu não posso, fico muito retardado.” E5.

“Já usei crack. (...) Já usei a maconha (...) [atualmente] só álcool quando estou em balada.” E6.

“Não sou “nóia”, mas eu uso e a pessoa pode estar com o nariz sangrando e todo mundo pega em nota e divide... isso eu aprendi com você, eu lembro muito bem disso. Só que o correto era nem usar, mas é difícil parar, eu não posso acordar um dia e falar que não vou cheirar mais e paro aos poucos, eu diminuí, eu fumava quinze papéis por semana, hoje em dia eu cheiro um não tenho vontade de cheirar. (...) Na verdade isso é uma desculpa, eu vou ser sincera eu uso acho uma delícia a sensação da cocaína, eu fico calma,

eu fico relaxada, eu me sinto mais bonita, mas exótica, mais bonita, mais cuidadosa, quando eu cheiro.” E7.

“(…) cocaína (...). Faz um bom tempo, uns 5 anos [que não faço uso]. (...) Maconha eu experimentei, digo pra você faz umas 3 semanas (...) . Fumo de vez em quando, só aqui no cabaret. (...) Ah tá, bebo. Desde que eu comecei a sair, então foi com uns 15. (...) esse negócio é assim, quando você sai pra se divertir, tem um amigo que ta fazendo, você faz também, mas eu não sou viciada não.” E8.

“Só café [sobre dependência], quando não tomo, acho que me dá até dor de cabeça. (...) bebo socialmente, mas é coisa muito rara.” E10.

“As únicas drogas que eu uso são a bebida e o cigarro.” [já experimentei] farinha e cocaína.” E11.

“Cara eu odeio droga, eu experimentei maconha uma vez eu tinha 13 pra 14 anos, uma vez, odiei, bebi uma vez, odiei e eu vivo muito nesse mundo então peguei muito ódio disso. (...) as meninas, a maioria das meninas [que trabalham nas ruas como ela] acha que porque você não usa você ta querendo ser melhor que elas” E13.

“Na verdade eu reduzi, mas eu ainda uso de vez em quando [maconha, cocaína e crack, álcool e cigarro] Uso até hoje só que de vez em quando. (...) Reduzi, agora estou bem mais sossegado.” E16.

5.2.4.7 Compulsão e sofrimento

Entre os entrevistados, há os que fazem uso compulsivo e/ou exagerado de drogas, apresentando em função disso sofrimento físico e mental (E9, E12, E14, E15, E17, E18 e E19), sendo o *crack* a droga mais presente entre eles (E9, E14, E15, E19).

Particularmente um dos entrevistados apresentou 2 episódios de overdose e 1 de pânico, ligado ao receio de nova overdose. Curiosamente, essa entrevistada utiliza a cocaína como droga emagrecedora (E17). Há quem, apesar de fazer uso prejudicial de drogas, consiga administrar 2 cachimbos, um para uso próprio e outro para empréstimo (E19), acompanhando as medidas de redução de danos sugeridas pelo programa para o consumo de *crack*.

“Comecei com maconha, da maconha fui pra farinha, da farinha, fui pro crack, porque minha droga de preferência é crack. (...) Álcool é mais recente, há um 4, 5 anos, por que o grande barato da droga, quando você começa, é aquele ápice, quando a gente usa crack é dar uma paulada, quando dá uma paulada a gente troca idéia, se eu der uma paulada agora, eu saio correndo, é uma síndrome do pânico que dá e a cachaça faz abaixar o nível da nória. Se um dia você ver eu por ali e eu não conversar

muito, é por que eu dei uma paulada, to na nóia e não tem jeito, não tem como eu conversar mesmo.” E9.

“(...) quando eu percebo que ela vai vir - a vontade -. por que a vontade vem... aí acontece de a gente usar, por vontade mesmo... por que o corpo pede. Que nem bebida, eu não costumo beber... mas às vezes dá sede de bebida, mesmo... eu percebo que uso muito mais droga e bebo muito mais quando estou no período menstrual. Eu já percebi isso muitas vezes (...) às vezes eu nem sinto vontade. Às vezes quando eu estou em casa, assim, normal, eu nem sinto vontade de nada. (...) Eu não sei. Sei que esses dias aí eu fiquei tremendo, tremendo, tremendo... tive que por o dedo na boca para parar de bater o queixo... eu fiquei um tempão nesse estado aí.” E12.

“(...) Com quinze anos... foi aí que começou tudo: maconha, cocaína, crack, álcool, cigarro. (...) Maconha uso para dormir (...) mas o crack uso até hoje. (...) cigarro uso diariamente. (...) Foi [para rua] só pra usar droga, eu usava crack toda hora... aí eu conheci um cara e ficava com ele ali na Industrial [avenida de Santo André onde se localizam fábricas abandonadas]. (...) Só “pedra”. Tipo se eu arrumasse vinte reais dez era pro crack e dez pra mim fazer minhas coisas entendeu? Comida, roupa, higiene. (...) às vezes eu fazia os dois [roubar e fazer programas]... ia pro programa [sexuais] aí dava um revertério, pegava a carteira do cara dava um perdido e já era ia na loja comprava uma roupa e ia pra boca. (...) Fiquei.... fiquei oito dias... só usando crack. (...) [para manter uso da droga fazia programas e roubava]. (...) [foi presa] Um ano e três meses [por] (...) Invasão de domicílio, furto. (...) Ele [atual companheiro que também é usuário de crack].... pede dinheiro no farol.... eu... às vezes peço também.... vou nas casas pedir dinheiro e... é assim [hoje para manter o uso da droga]. ” E14.

“Quando sobra um dinheirinho... o meu marido também usa aí mesmo usando eu dou conselho pra ele que tem que saber usar se não quando vê, já foi cem reais embora e não pode gastar todo dinheiro assim porque você vai querer fumar seu cigarro amanhã, vai querer tomar sua pinguinha e não vai ter dinheiro e vai tudo o dinheiro embora porque essa droga se você não tem cabeça o dinheiro vai todo embora que nem eu guardo dinheiro não gasto tudo em um dia só tudo o que tem. (...) A primeira vez eu comecei fumar maconha, eu tinha dezenove anos. (...) Assim quando tem, eu bebo, quando não tem eu não bebo. se fosse antes hoje, por exemplo, eu já tinha tomado três garrafas... ainda hoje eu tomei três doses... já cheguei a cair no rio, já me machuquei... se não fossem os amigos me tirarem de dentro do rio acho que eu ainda estaria lá. (...) Por enquanto eu to maneirada, eu to no crack. Há mais de vinte anos. Usei.... usei ontem [última vez que usou] . Esses tempos atrás falaram para o meu moreno que eu era bonita quando era mais nova, mas que agora eu estava acabada... por causa do crack... o crack é a pior droga que tem, quanto mais você fuma, mais você quer fumar, aí eu entrei no vício... amigo pra droga tem de monte, mas pra poder ajudar, dar um pacote de arroz, tem gente que não dá. (...) A droga ela me deixa, acelera o... como fala...deixa acelerada né? Se eu não vejo na minha frente eu não fumo, mas se eu vejo da vontade de fumar... quando eu quero ficar sem ela eu falo não vou fumar e não fumo.” E15.

“(...) até quando eu morava com a minha família eu não sabia que o que era eu nunca tinha fumado, bebido, usado droga nem nada, nada dessas coisas e nem tinha vontade também, podia fumar na minha frente que eu não tinha vontade... depois que eu vim pra rua que eu fui beber... aí fiquei bêbada e não vi graça, fumei cigarro, não vi graça, aí ia saindo conhecendo as

... pessoas aí um dia, uma amiga minha chegou e 'aí eu tenho uma "F" [cocaína] você quer?' e nesse dia eu tava bêbada aí ela falou: 'Oh, se você usar vai cortar o efeito da bebida'. Aí eu falei: 'Ah..vou deixar de ficar bêbada? Legal vou usar usei. Falei ah ..."legalzinho", mas não vi graça nenhuma no começo... não deu efeito nenhum, porque dizem que não dá efeito na primeira vez... aí passou uns dias fui lá... comprei... usei... falei olha que legal num vou dormir... emagrece... e eu tenho complexo de ser gordinha... Aí eu comecei a usar...farinha.. só que de vez em quando...duas vezes por semana assim... no máximo. (...) Então foi como eu falei pra você quando eu comecei a usar eu já comecei usando tudo de uma vez... cigarro, bebida alcoólica, maconha, balinha... LSD... coisa mais fácil que tem é aqui. Foi novembro, não... junho, julho do ano passado [2006] até a ultima overdose que acho que foi em dezembro...eu experimentei tudo o que eu podia e encontrava na minha frente. (...) se não eu não procuro [serviço de saúde]... uma vez foi overdose (risos), outra principio de overdose e outra..... quase overdose ... três vezes. (...) Experimentei crack uma vez, mas nem traguei, só coloquei na boca e soltei... a farinha (...) comprei uma caneta cortei ela deixei bonitinha e deixava sempre juntinho e falei: isso aqui agora vai ser meu 'kit farinha... só meu pra não precisar dividir com ninguém." E17.

"Mudo quando eu já estou meio fritada. Quando eu estou meio fritada eu não gosto de falar com ninguém (...). Não gosto de falar com ninguém porque senão eu vou acabar xingando, ficar muito nervosa. Mas eu sou calma. Gosto de beber. Porque aí eu fico cada vez mais, sabe? Solta, já converso, dou risada, não me enfezo mais. Então aí eu bebo. A gente já tentou fazer... todo mundo faz tratamento, todo mundo pára. Mas aí volta. A gente tem abstinência da droga. É que nem eu estava falando, eu já fiquei um tempo sem usar. Mas aí quando chega um dia que a gente já está ficando nervosa irritada. (...) Qualquer coisa você grita. Você não consegue trabalhar. Nada está bom dentro de casa, sabe? Daí você vai ficando irritada, irritada, irritada. Entra em neurose. Aí pronto. Você já sabe que é a cocaína. Aí você começa a beber. Quando você cheira, aí acaba todo o nervoso. Então a gente tenta larga, mas é muito difícil. Muito difícil. Porque depois que usou não dá. A gente faz tratamento, vai na clínica, falam comigo, mas, meu, não dá pra largar. Só vou largar, então, quando eu morrer. Porque a gente larga e volta, larga e volta. É muito ruim. A abstinência é muito terrível. Dá uma vontade assim, aqui dentro, sabe?...A gente até estranha quando começa a usar, quer usar. Você dorme e já pensando na droga. Você já está na abstinência da droga. Seu corpo já ta pedindo a droga. (...) Antes eu usava trabalhando. Quando durante o dia eu trabalho, mal consigo fazer programa. A gente nem consegue. A gente está muito louca e nem consegue fazer programa... aí a gente não faz programa. Espera melhorar um pouco, daí a gente vai lá e trabalha. Aí a gente bebe cerveja com cocaína. Porque a cerveja que a gente toma passa um pouco do efeito da droga. Aí a gente bebe cerveja... por exemplo, hoje eu saio, eu faço uma coisa aí amanhã eu penso 'Meu Deus eu não consigo me lembrar'. Aí tem que colocar a mente pra lembrar. Já é por causa da cocaína, entendeu?... sempre uso com alguém." E18.

"É ruim que eu fico usando droga, fico me matando... que nem agora... eu to na fissura... to na fissura louca eu estou aqui conversando com você, mas eu estou pensando: Será que eu tomo o remédio ou será que depois que eu sair daqui eu vou usar. (...) e quando eu to na "nóia" eu acabo com meu cabelo... parece piolho... eu fico com uma coceira na cabeça e quando eu

vou ver não tem piolho. (...) se eu estou na escola eu não uso drogas se eu estiver na escola eu vou ter que usar droga na escola... aí não dá certo. (...) e hoje como eu choro pra sair de lá [da rua] como eu choro pra não ter lembranças daquele lugar mas não adianta que eu sei que daqui a pouco vai bater vontade de usar droga e eu vou usar, eu me conheço eu sou manipuladora, eu manipulo a mim mesma e eu uso um monte.. eu uso mais de trinta pedras por dia. Eu falo pra você como eu vou conseguir sair do NAPS sem usar uma pedra? Cachimbo... eu não empresto. (...) A Redução de Danos [orientou]. Porque emprestando o cachimbo eu posso trazer um monte de doenças pra mim [anda com dois cachimbos, um ela usa o outro ela empresta].” E19.

5.2.4.8 Faz parte do programa

Alguns entrevistados que fazem programas sexuais acabam fazendo companhia aos clientes para utilizar drogas, havendo quem apenas acompanhe o uso de drogas dos clientes (E11, E13, E17 e E18).

“Foi com cliente. Aquele dia eu tava muito nervosa, ele ofereceu, eu usei [cocaína]. E11.

“(...) é o mais oferece é droga, o cara para o carro pra oferecer droga - eu não tenho dinheiro pra fazer um programa, mas eu tenho em droga você quer? (...) em nota de papel de dinheiro mesmo, ou se não, pega um papelzinho, enrola e cheira. Olha na verdade, os drogado, os clientes que são drogados eles dão muito mais dinheiro, entendeu porque, e eu vou te falar, os drogado não são moleque. Eu tenho cliente drogado que é psicólogo e eu não agüento isso. O cara cuida das pessoas e ele é muito drogado, eu fico trancada com ele cinco horas assim e ele me dá muito dinheiro. Penetração não faz nada ele quer só companhia porque o drogado não consegue ficar sozinho não, ele acende a luz, escuta e deita, você não pode nem falar, se você for falar com ele tem que falar muito baixo, muito mesmo porque a paranóia dele é entrar, invadir, entendeu, policia tudo.” (...) E13.

“(...) Aí a terceira vez [que teve overdose] foi porque a gente trabalha com todo tipo de gente: casado, solteiro e usuário também. E eu adoro pegar usuário porque é facinho tirar dinheiro deles, não precisa fazer nada. É só você ir entrando na mente e eles vão soltando dinheiro... e eu nesse dia peguei um usuário de pedra... e beleza... entrei no quarto e eu não uso nada de pedra, nada mesmo e entrei no quarto e fechei as janelas porque ele começou a usar e entrou em pânico com medo de alguém entrar no hotel sei lá... cada um entra numa colocação diferente... então ele entrou em pânico pediu pra mim fechar [a janela] eu fechei... pediu até pra apagar a luz e ele foi fumando... fumou acho umas seis pedras e tudo fechado. Aí eu saí.. saí bem... pensando quem usou foi ele ...eu to bem... aí fui no extra comprar um negócio pro meu filho e comecei a passar mal dentro do Extra... meu coração acelerou, comecei a sentir falta de ar, não tinha saliva na boca... aí me levaram pro hospital” E17.

“Cliente é o que mais usa (...) como a gente fica no quarto, eles pagam pra gente ficar lá, pra usar drogas até o outro dia ou pra ver eles usarem.” E18.

Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 SOBRE AS FAMÍLIAS, O TRABALHO E A VIDA DOS ENTREVISTADOS

Os resultados desta pesquisa indicam que os entrevistados se encontram em composições familiares muito diversas das tradicionalmente conhecidas, atestando o caráter histórico e social dessa instituição. Da perspectiva histórico-crítica, que orienta este trabalho, só é possível pensar na família a partir de suas condições materiais concretas - “um conjunto de relações sociais baseadas em elos de sangue, adoção e aliança socialmente reconhecidos” (Marsiglia, 2002, p. 183).

Assim como a família não é uma instituição natural, podendo assumir configurações diversificadas em sociedades ou grupos sociais heterogêneos, o modelo nuclear de família, que nos parece tão natural, só se consolidou por volta do século XVIII, segundo nos informam os estudos históricos. A mutabilidade seria, portanto, outra característica do grupo familiar (Bruschini, 1997, p. 51).

Nas sociedades ocidentais modernas, as famílias têm um papel socializador, constituindo o *locus* concreto de reprodução social. “Nesse sistema os indivíduos adultos pertencem a duas famílias distintas, de origem e de procriação” (Bruschini, 1997, p.63).

A realidade, porém, distancia-se bastante deste modelo nuclear ou conjugal predominante em nossa sociedade. O grupo tanto pode extrapolar o modelo, pela inclusão de parentes ou agregados, quanto nem mesmo realizá-lo, como no caso de casais sem filhos, irmãos sem pais ou famílias nas quais um só dos cônjuges está presente. Portanto, exceções ao modelo não apenas reforçam sua elasticidade, como também a riqueza da realidade empírica, que de longe o extrapola (Bruschini, 1997, p.63).

A família é também “o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e a socialização dos indivíduos. (...) Independente das múltiplas formas e desenhos que a família contemporânea apresente, ela se constitui num canal de iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais” (Carvalho, 1994, p. 93).

As “mudanças que ocorrem no mundo afetam a dinâmica familiar como um todo e, de forma particular, cada família conforme sua composição, história e pertencimento social”. Tais mudanças são notadamente reconhecidas como “conseqüências de uma política monetária ditada pelos países mais ricos, para os países do terceiro mundo, ou, mais apropriadamente, para as camadas socioeconômicas com menos poder aquisitivo nos países em desenvolvimento, como Brasil, Índia e Argentina” (Szymanski, 2002, p. 17).

Mas a dominação dos países mais ricos não se configura apenas como uma política monetária imperialista, o processo de globalização é muito mais amplo.

A articulação trabalho, direitos e proteção social, que configurou os padrões de regulação sócio-estatal do Welfare State, cuja institucionalidade sequer alcançamos, está em crise. São mudanças que se explicam nos marcos da reestruturação do processo de acumulação do capital globalizado e que vem sendo implementadas por meio de uma reversão política conservadora, assentada no ideário neoliberal que erodiu as bases do sistema de proteção social e redirecionou as intervenções do Estado no âmbito da produção e distribuição da riqueza social (Yasbek, 2001, p. 36).

Nesta pesquisa, a maioria dos entrevistados mantinha um bom relacionamento com a família atual, composta na base de vínculos afetivos que foram se efetivando ao longo de trajetórias vividas à margem da sociedade.

Os laços biológicos, a heterossexualidade, a existência de, pelo menos, duas gerações cederam lugar ao compromisso dos vínculos afetivos. Não deixa de ser estranho perceber que num mundo em que a tecnologia intervém de forma tão decisiva até a própria origem (fertilização ‘in vitro’, banco de sêmen...) busca-se simultaneamente uma priorização do compromisso afetivo.

Cada vez mais contar com o outro torna-se essencial à sobrevivência, e nem por isso é menos assustador. Depender é correr o risco da separação, da perda, do abandono, do enfretamento da solidão (Sousa, 1985, p. 17).

Porém, os arranjos de sobrevivência que caracterizavam a vida familiar de alguns entrevistados, especialmente os que moravam nas ruas, evidenciavam frágeis vínculos familiares.

Szymanski (2002, p. 10), baseando-se em Kaslow, adota uma classificação das famílias de nove tipos. Pode-se dizer que a família atual dos entrevistados corresponde à classificação “várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo”,

esse agrupamento humano (...) [constitui] um núcleo em torno do qual as pessoas se unem, primordialmente, por razões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum, em que compartilham um cotidiano, e, no decorrer das trocas intersubjetivas, transmitem tradições, planejam seu futuro, acolhem-se, atendem os idosos, formam crianças e adolescentes (Szymanski, 2002, p. 10).

Alguns entrevistados ainda residiam com a família de origem que era referida por eles de forma afetuada.

As trocas afetivas na família imprimem marcas que as pessoas carregam a vida toda, definindo direções no modo de ser com os outros afetivamente e no modo de agir com as pessoas. (...) as mudanças que ocorrem em nossa sociedade, como estão se construindo as novas relações humanas e de que forma as pessoas estão cuidando de suas vidas familiares (Szymanski, 2002, p. 12).

Foi possível observar também que, se, por um lado, alguns entrevistados se referiram ao ambiente familiar de origem de maneira positiva, por outro, mostraram a coexistência de relações familiares muito contraditórias, rememorando ao mesmo tempo vários aspectos negativos. Souza (1985, p. 20) concorda que de fato a família, de maneira geral, “desperta em todos nós lembranças, emoções, saudades, expectativas quase sempre contraditórias, intensas e, principalmente, inegáveis”.

Assim, a família de origem foi o espaço de convivência e de proteção que por vezes permaneceu para toda a vida, ainda que marcado por dificuldades de reprodução social.

Pais e mães compreendem sua tarefa socializadora das mais diferentes maneiras e assumem essa incumbência conforme os modos de ser que foram desenvolvendo ao longo de suas vidas. Aqueles não ocorrem em um vazio, mas situados social e historicamente (Szymansky, 2002, p. 14).

Mas a *solicitude*, que caracteriza o modo de ser com o outro na família, pode ser sempre de dois tipos: marcado por consideração, respeito e

paciência ou o contrário, marcado por negligência, desrespeito e desconsideração (Szymansky, 2002).

A família é o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos; quem primeiro transmite os valores, usos e costumes que irão formar as personalidades e a bagagem emocional das pessoas. A dinâmica e a organização das famílias baseiam-se na distribuição dos afetos, criando, no espaço doméstico, um complexo dinamismo de competições. Essas disputas são orientadas pelas diferenças de poder entre os sexos e, no contexto afetivo, motivadas pela conquista de espaços que garantam o amor, o reconhecimento e a proteção, necessidades básicas da condição humana. Trata-se, dessa forma, de disputas que estimulam sentimentos ambíguos de amor/ódio, aliança/competição, proteção/domínio entre seus membros. Famílias despreparadas para compreender, administrar e tolerar seus próprios conflitos tendem a se tornar violentas (Brasil, 2001, p.14).

Assim, a família de origem foi também o *locus* de várias histórias de violência familiar, quase sempre deflagradas por não aceitação das escolhas e percursos diferenciados dos padrões convencionais, engendrados pelos entrevistados, que, em algumas situações, eram tão jovens que sequer compreendiam o que essas diferenças representavam.

Algumas entrevistadas que eram adolescentes quando tiveram os primeiros contatos com o programa relataram que foram para as ruas justamente por causa da violência familiar; contaram também que foram para as ruas algumas vezes pela necessidade de buscar e consumir drogas. E nas ruas passaram a viver em situação de exploração sexual, sendo muitas vezes vítimas de violência sexual novamente.

São situações que se assemelham às relatadas por mulheres que tiveram a violência familiar muito presente na origem de suas trajetórias de prostituição.

No caso das famílias pobres, o assalto incestuoso acompanha quase sempre a desagregação familiar e é o principal mecanismo que joga a menina na rua. Os homens dessas famílias, sejam pais, irmãos, tios ou avós, cometem a agressão incestuosa coagidos pela situação de penúria, de fome, desemprego ou de desagregação social.

A falta de alimentos, de moradia e de trabalho, são fatores que geram violência e precipitam os mecanismos de expulsão da menina do seio da família (...) Quanto mais pobre a família, mais cedo a criança é iniciada a esse cruel aprendizado da vida adulta que se encerra com a expulsão de casa. Expulsa de casa, procura sobreviver na rua, mediante pequenos furtos ou prostituindo-se,

quando é vítima de novas formas de violência, experimentando outras tantas mortes, até que, empurrada para a margem, perde a auto-estima e a noção de identidade e, conseqüentemente, de cidadania (Severino, 2004, p. 22).

Assim, a preocupação com a sobrevivência e com a luta cotidiana, o despreparo para lidar com os problemas de convivência, entre outras limitações, levam as famílias a situações de conflito que acabam em atos violentos. Por isso, situações de violência doméstica e intrafamiliar¹¹ têm permeado as relações familiares.

A violência familiar e social contra pessoas que fazem opções sexuais distintas das do veio dominante tem sido combatida. O Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB (gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais) e de Promoção da Cidadania de Homossexuais “Brasil sem Homofobia”, apoiado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos do governo federal, denuncia a discriminação em relação aos gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, dentre outros.

Para além da situação extrema do assassinato, muitas outras formas de violência vêm sendo apontadas, envolvendo familiares, vizinhos, colegas de trabalho, ou instituições públicas como a escola, as forças armadas, a justiça ou a polícia. Pesquisas recentes sobre a violência que atinge homossexuais dão uma idéia mais precisa sobre as dinâmicas mais silenciosas e cotidianas da homofobia, que englobam a humilhação, a ofensa e a extorsão (Brasil, 2004, p. 17).

As ruas, com seus mistérios, vantagens e desvantagens, tem sido o *lôcus* de sobrevivência da maioria dos sujeitos sociais entrevistados nessa pesquisa. Sujeitos que, em ruas “permitidas” ou sob pontes e viadutos ou ainda em fábricas e casas abandonadas, e mesmo nas casas de programas sexuais, se defrontam no dia a dia com a disputa gritante do “mercado de trabalho” que lhes é ofertado. O que tem sido possível fazer para sobreviver é engajar-se em trabalhos informais e sem nenhuma garantia; há os que trabalham como guardadores de carro nas ruas, os que catam papelão, os que pedem esmolas, os que se prostituem, e os que se submetem à

¹¹ “O conceito de **violência intrafamiliar** não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre mas também às relações em que se constrói e efetua. A violência doméstica distingue-se da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados(as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados” (Brasil, 2001, p. 15).

exploração sexual, quando ainda adolescentes. Pedir esmolas, fazer bicos e prostituir-se terminam sendo as alternativas para o desemprego, para o sustento familiar ou apenas para as necessidades pessoais de consumo próprio. São ocupações que, embora situadas à margem do sistema produtivo, servem à reprodução da exploração, mantendo alguma forma de vínculo com a ordem social.

Em intrigante trabalho sobre os ritos de passagem da adolescência à vida adulta da mulher prostituta, (Severino, 2004, p. 223) designa essas pessoas como *margilumpenato*.

Preferi designá-los como *margilumpenato*, pois entendo que, estando excluídos de qualquer espaço da ordem produtiva, essas pessoas, simultânea e paradoxalmente, num tempo que não se representa, não estão nem dentro nem fora, nem em cima nem em baixo da ordem estrutural. Portanto, escapam, ainda que provisoriamente de qualquer possibilidade de classificação e normatização. Isto porque estão em trânsito entre o ser e o nada.

O Ministério da Saúde (MS) brasileiro, através da Coordenação Nacional de DST e Aids, encara a prostituição como um fenômeno complexo e multifacetado, que está relacionado à impossibilidade de acessar o mercado de trabalho. “O que a aproxima do conceito de profissão é a sua qualificação como meio de sobrevivência de pessoas, em especial, mulheres, supostamente despossuídas de condições de inserção no mercado de trabalho” (Brasil, 2002, p. 11).

Essa será, inclusive, uma das representações sociais mais recorrentes sobre a prostituição, ou seja, a carência sócio-econômica justificando a sujeição a uma atividade “ultrajante e humilhante”. A conformação do sexo comercial na lógica meramente econômica sustenta, assim, uma possível tolerância social, já que retira do sujeito a “culpa” por sua permanência nesse negócio. O que se tem afinal é o produto da exclusão social, que deve ser creditada na conta do capitalismo perverso, contra qual não se dispõe de armas (Brasil, 2002, p. 12).

Mas não só, para o MS é preciso atentar para o fato de que se trata de um fenômeno social e histórico que deve ser compreendido na relação entre duas pessoas. Assim, considera que a relação entre prostituição e marginalidade é simplista e que os contextos específicos devem ser estudados para não levar a generalizações de caráter preconceituoso.

Paes, falando de algumas moradoras de um dos campos onde é presente o uso de drogas e sexo, alerta para a relação da prostituição com o consumo de drogas:

Na ausência de condições pessoais e sociais de ganhar o próprio sustento, e conseguir a droga, muitos usuários transformam o corpo em mercadoria. (...) Pelo menos duas dessas moradoras, quase diariamente, transam por dinheiro. Uma delas relatou que na hora da “fissura” transam até por dois reais, que dá para comprar uma “paradinha” de pasta. Elas transam na própria casa, no mato do morro ou em locais que os homens as levam, como motéis ou outras casas (Paes, 2002, p. 71).

As adolescentes desta pesquisa que estiveram em situação de exploração sexual pensam que “trabalharam” e “trabalham” com “prostituição” para manterem o uso de drogas e para terem alguns bens materiais como, por exemplo, roupas, alimentação, dentre outros. Têm elas pouca ou nenhuma análise sobre os processos sociais que estão na base de suas trajetórias. Não se trata de situação muito diferente de outras crianças e adolescentes em situação de exploração sexual em outras partes do país.

As crianças de Fortaleza que se dedicam à prostituição para ganhar a vida, aqui mencionadas, não são excluídas: elas são incluídas como prostitutas, isto é, como pessoas que estão no mercado possível de uma sociedade excludente que é essa. Elas estão vendendo um serviço, recebendo dinheiro para sobreviver. Só que se trata de um serviço que lhes compromete a dignidade e a condição de pessoa. De fato, na lógica fria do mercado, essas meninas estão entrando no setor de serviços sexuais do chamado pornoturismo. É exatamente o caso delas que revela o lado oculto ou que nós queremos ocultar dessa inclusão: elas se integram economicamente, mas se desintegram moral e socialmente (Martins, 1997, p. 33-4).

As formas de subsistência de outra parcela dos sujeitos desta pesquisa não são reconhecidas pela sociedade, que os situa à margem das relações sociais consideradas regulares. Dessa forma, pedir esmola os estigmatiza, os rotula como vagabundos, os torna motivo de medo quando se aproximam das portas das casas. Como no século XIX na Inglaterra, são os pobres da classe trabalhadora, eles mesmos, os que admitem dar uma moeda ou conviver socialmente com os “supérfluos” (Engels, 2008).

As feições capitalistas atuais colocam tais sujeitos cada vez mais distantes do direito social de trabalhar com dignidade, negando-lhes o direito

à vida, à inserção familiar, cultural e social. Nesse sentido, Yasbek (2001, p. 350), utilizando os ensinamentos de Vera Telles sobre a pobreza, situa a pobreza como:

uma face do descarte de mão de obra barata, que faz parte da expansão capitalista (...) que cria uma população sobrando, gente que se tornou não empregável, parcelas crescentes de trabalhadores que não encontram um lugar reconhecido na sociedade, que transitam à margem do trabalho e das formas de troca socialmente reconhecidas.

Mas apesar de excluídos do trabalho, são sujeitos autorizados a consumir, ter e buscar ter, desde que fiquem confinados aos guetos, bem afastados dos olhos da sociedade. Assim, mantendo distância, é possível admitir a existência dos pobres, dos mendigos e pedintes, das prostitutas, e dos de outros “comportamentos desviantes”, os homossexuais, as lésbicas e as travestis, assim como os usuários de drogas.

Os entrevistados que estão nas ruas catando papelão ou guardando carro, assim como esmolando, também disputam o espaço com outros trabalhadores. Por exemplo, o ponto de táxi se aloja no mesmo local onde o guardador de carro tira sua renda trabalhando. Os entrevistados que estão só esmolando nas ruas batalham diariamente contra o desejo de outros indivíduos que querem expulsá-los do território em que habitam e trabalham. E essa luta acontece sob os olhos distantes da sociedade e do poder público que, a exemplo do resto da sociedade, se esquia para não ver o que acontece cotidianamente nas ruas.

Na contemporaneidade, pode-se dizer que, de maneira geral:

A proporção de trabalhadores brasileiros que está fora do mercado formal de trabalho e, portanto, sem garantias de proteção social cresce continuamente e hoje ultrapassa mais da metade da população economicamente ativa (dobrou na última década). Isso em um contexto de subalternização do trabalho à ordem do mercado e de desmontagem de direitos sociais e trabalhistas (Yasbek, 2001, p. 35).

O Programa Tá Legal, que tem como objeto a redução de danos voltada a diferentes populações de usuários de drogas, encontra entre os sujeitos que acessa, os reflexos dessa situação mais geral. Assim:

Os moradores de rua podem passar grande parte do tempo nas ruas, porém, mantêm em algum lugar, ou lugares, uma estrutura mínima para seu descanso. (...) Muitos usuários cuidam e lavam carro na porta de bares movimentados para sobreviver. Costumam dormir nas proximidades, nas praças, nas ruas, em casas abandonadas ou em terrenos baldios. (...) Em nossas caminhadas pelo campo, encontramos diversas vezes pessoas que saem dos buracos das construções (Paes, 2002, p. 76).

Essa mesma situação é apontada pela Asociación Civil EL Retoño (2003, p. 65), que realizou em alguns bairros de Buenos Aires uma pesquisa que tinha como objetivo manter o vínculo e conhecer o perfil dos UDI's. Essa pesquisa diagnosticou uma situação semelhante à dos usuários do URD de Santo André:

A maior parte das pessoas que tinha trabalho assalariado realizava atividades em comércio, limpeza, transporte, entre outros. Outros entrevistados trabalhavam como ambulantes, em atividades sexuais, limpando vidros, lavanderias, entre outros. O diagnóstico concluiu que as condições sócio-econômicas desfavoráveis, a escassa interação dos usuários com o sistema de saúde, a falta de informações necessárias para a prevenção de enfermidades e o predomínio de alguns tipos e formas de consumo favorece a ocorrência de práticas de riscos.

Os resultados da presente pesquisa demonstram a existência de alguns entrevistados que sentem prazer pelo que fazem, pela escolha da prostituição como forma de sobrevivência e de vida, assim como pelo glamour da noite, dos prazeres e do aconchego dos parceiros de trabalho. Ressaltam que não deixariam esta forma de trabalhar e de viver por nenhum motivo.

Não é somente a questão econômica que motiva os trabalhadores do sexo a escolher o local de trabalho. A escolha, não raro, está ligada ao fato de se estabelecer um considerável distanciamento entre a residência e o local de trabalho.

Os entrevistados assinalaram em sua maioria que suas opções de trabalho estavam relacionadas ao sustento familiar; saíram de sua cidade natal por desejarem uma vida melhor, fugindo dos baixos salários, do desemprego ou de situações de trabalho muito desgastante, como é o caso do trabalho na roça; a situação que viviam em suas cidades era de pobreza

e grandes dificuldades “o problema da exclusão nasce com a sociedade capitalista. (...) É uma sociedade que tem como lógica própria tudo desenraizar e a todos excluir porque tudo deve ser lançado no mercado; para que tudo e todos sejam submetidos às leis do mercado” Martins (1997, p. 29-30). E como consequência o subemprego, a migração para cidades mais desenvolvidas, a aglomeração nas grandes cidades...

Na pesquisa houve quem apontasse a necessidade de uma discussão acerca da legalização da profissão de prostituta, demonstrando que é uma situação que precisa ser muito discutida entre as profissionais do sexo. Tratando-se de uma questão polêmica, tem gerado diversos tipos de discussão entre o movimento das prostitutas, o poder público e a sociedade em geral “Os governos debatem há séculos as vantagens e desvantagens para o Estado regulamentar, proibir ou tolerar a prostituição” (Brasil, 2002, p. 18).

A meta do movimento é a legalização da profissão de prostituta com o devido monitoramento do comércio sexual. Anula-se, assim, a posição de vítima e entra em cena a pessoa e a profissional, com direitos e deveres, e responsável pela sua opção de vida. (Brasil, 2002, p. 21).

Algumas entrevistadas desta pesquisa percebiam a importância de seu trabalho para a subsistência da família. Alguns entrevistados almejavam uma melhor colocação no mercado de trabalho, preocupando-se em obter uma qualificação profissional; para isso desejavam fazer uma faculdade.

Exposto a situações aviltantes, de emprego informal, subemprego e desemprego, o trabalhador sente-se fracassado, humilhado e amedronta-se diante da perspectiva incerta de futuro. Para piorar, os direitos sociais estão sendo convertidos em mercadorias, cabendo às políticas públicas apenas a implementação de ações de caráter compensatório para grupos de risco (Soares, 2007).

De acordo com Soares (2007, p. 49) ainda,

A resposta a tudo isso não é fácil de se aquilatar. Para aqueles que foram ideologicamente “instruídos” a trabalhar para prover a família, deparar-se com essa impossibilidade é, no mínimo, frustrante. Outros valores são disseminados para reproduzir a

nova fórmula de expansão do capital: a competição, a possibilidade de consumir mais e mais mercadorias para encaixar-se no mundo, a caridade para os chamados excluídos, entre outros.

Birmam (1999, 2007) fala desse “mundo perturbado e conturbado” em que um certo *mal estar* faz parte do cotidiano das pessoas. O individualismo é um valor bastante presente na sociedade moderna, que colocou o coletivo em segundo plano. Muitos são vítimas de sofrimento mental como, por exemplo, a angústia e a depressão. Diante dessa situação os grandes laboratórios farmacêuticos fazem grandes investimentos - a “psicopatologia da pós-modernidade define-se justamente, pelo fracasso de muitos sujeitos – deprimidos, toxicômanos e panicados - em realizar a glorificação do eu e a estetização da existência” (Birman, 1999, p. 169).

Assim, estaríamos diante de uma sociedade em que o “sujeito vale pelo que parece ser” em composição com “o esvaziamento do intersubjetivo e o desinvestimento nas trocas inter humanas” (Birman, 1999, p. 167).

A sociedade centrada no *narcisismo* e no *espetáculo* tem favorecido o distanciamento dos indivíduos e tem feito com que se esqueça que “o sujeito precisa do outro para se produzir e reproduzir permanentemente enquanto tal” (Birman, 2005, p. 215). Assim se refere o autor à contemporaneidade:

o que agora está em pauta é uma leitura da subjetividade em que o autocentramento se conjuga de maneira paradoxal com o valor da exterioridade. (...) a subjetividade assume uma configuração decididamente estetizante, em que o olhar do outro no campo social e mediático possa ocupar uma posição estratégica em sua economia psíquica (Birman, 2007, p. 23).

O que é corroborado por Soares (2007, p. 51), no que concerne às raízes do consumo de drogas, outro problema contemporâneo que está relacionado ao sofrimento psíquico.

Na mesma direção, porém de um ângulo diferente, no intuito de perceber o consumo de drogas como particular consequência da vida social contemporânea, vimos assinalando como a reestruturação produtiva, ao tornar o trabalho incerto e produzir um enorme exército de excluídos do mercado de trabalho, estimula a competição e alicerça o florescimento de valores individuais de competência. Os indivíduos portadores de competências para trilhar o seu destino passam a ter a responsabilidade de identificar e trilhar sozinhos os caminhos para o sucesso.

Esta pesquisa demonstra que alguns entrevistados têm sofrido de angústia e de depressão, além de sentimentos difusos de desalento para viver a vida, chegando alguns ao ponto de tentar o suicídio.

Os entrevistados atestam que são tratados como se fossem inferiores, seja pela opção sexual que fizeram, seja por serem trabalhadores do sexo, seja por utilizar drogas, seja porque são pedintes. Os serviços de saúde têm sido um dos espaços onde esse preconceito e estigma tem se manifestado, ainda que o Ministério da Saúde (Brasil, 2002, p. 35) esteja chamando a atenção para tais formas de discriminação:

O indivíduo, ao portar sinais característicos capazes de provocar o desdém de uma coletividade que se julga superior, sofre um processo continuado de desqualificação enquanto sujeito e tem seu status de cidadão negado. O estigma se constitui um atributo imposto pela sociedade com base naquilo que esta considera uma diferença ou desvio indesejável. Como consequência, observa-se a introjeção do caráter negativo imposto à sua imagem, provocando o que se conhece como construção de identidade.

6.2 SOBRE A AVALIAÇÃO QUE OS ENTREVISTADOS FAZEM DO URD

Uma das principais tarefas de qualquer processo avaliativo, ainda que parcial, é a de utilizar a informação produzida para demonstrar a validade dos pressupostos inicialmente levantados (Novaes, 2000). Nesta pesquisa, em princípio, considerou-se que o URD poderia estar se constituindo em instrumento de acesso a direitos sociais, à cidadania, dificilmente conferida a elas pela sua condição de classe, de acordo com os marcos teóricos deste estudo.

A avaliação realizada por uma parcela dos entrevistados mostra que o programa, em certa medida, caminha nessa direção. A seguir, se discutirá algumas questões levantadas pelos participantes da pesquisa que parecem encontrar-se nessa equação.

De maneira geral, a URD foi avaliada positivamente por todos os entrevistados, que manifestaram satisfação com diversas ações

desenvolvidas pelo programa. Há evidente enaltecimento da escuta que o programa realiza, da facilidade de acesso a diversos serviços de saúde que a participação no programa abre, com clara preferência por um deles. Foram também consideradas importantes: a distribuição de insumos e as orientações sobre prevenção de doenças transmissíveis e outros agravos à saúde.

A avaliação de serviços de saúde, entre outros aspectos, deve levar em conta que ao produzir o cuidado dois sujeitos encontram-se em processo de interação, um que representa a instituição prestadora de cuidados e um que representa a clientela. A relação dos profissionais de saúde com os usuários tem se baseado, de um lado, na fala do profissional e, de outro, na escuta daquele que é “portador de demanda” ou “objeto da ação técnica”. O primeiro detém o saber e a fala e o segundo é alvo da ação e do saber do primeiro. É preciso que o saber do segundo seja ouvido e valorizado (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996).

As ações da URD são desenvolvidas principalmente pelos redutores de danos nas ruas e em outros locais de difícil acesso, que apresentam riscos - presença maior do comércio de drogas, de violência, locais insalubres sob pontes, fábricas abandonadas, dentre outros.

Os profissionais do sexo, a população GLBTT contatada e os usuários de drogas que são acompanhados pela redução de danos, em sua maioria, têm encontrado dificuldades sociais, econômicas, educacionais e jurídicas, para terem acesso a bens e serviços de maneira igualitária e pautada nos direitos humanos.

Outro programa de redução de danos, o Projeto Tá Legal, conta com a presença do agente de saúde na comunidade, que busca criar vínculos com os usuários e preparar a comunidade e a família para aceitar e mesmo apoiar as ações de redução de danos.

O grupo de redutores de danos se efetivou como um instrumento de intervenção para inclusão em políticas públicas de um grupo social que vive em estado de exclusão. (...) pessoas passaram a reconhecer essas qualidades da redução de danos. Pessoas que não recebem nenhum tipo de atendimento em políticas públicas passaram a freqüentar instituições de atendimento (Paes, 2002, p. 55).

O trabalho de detectar as necessidades de saúde dos diversos grupos populacionais, as dificuldades da ação nas ruas e a experiência exitosa com agentes de saúde da comunidade de outros projetos perfazem questões que falam em nome de repensar as estratégias programáticas da redução de danos. Talvez seja o caso de incluir as estratégias de redução de danos na atenção básica em saúde contatando os usuários a partir da área de abrangência das unidades básicas de saúde. Tal projeto poderia levar os serviços de atenção à saúde a compreender melhor o universo da redução de danos, conduzindo, os usuários à situação de frequentadores normais das unidades básicas de saúde e os trabalhadores a apreender esse objeto.

Os entrevistados não deixaram de enfatizar também alguns aspectos que precisam ser aperfeiçoados pelo programa, ressaltando que o URD precisa melhorar em relação à assistência e ao cumprimento de compromissos acordados.

A dissertação de Fonseca (2005), que avaliou 45 PRD's desenvolvidos no Brasil, conclui que:

A despeito das persistentes dificuldades, parece-nos que as estratégias de RD consolidam seu papel na saúde pública contemporânea, como políticas e ações fundamentais na promoção da saúde e resgate da cidadania de usuários de drogas, suas famílias e das comunidades onde eles vivem e aspiram por uma vida mais saudável e de melhor qualidade. (Fonseca, 2005, p. 102).

Fonseca (2005, p. 101) aponta ainda para a necessidade de uma base de dados que monitore continuamente a cobertura, a adesão dos usuários, a distribuição de insumos, entre outras. "Tais informações são essenciais para uma avaliação criteriosa de seu funcionamento, aceitabilidade, efetividade e, em ocasiões posteriores, avaliações de seu custo-efetividade".

De maneira clara, muitos entrevistados elaboraram sugestões pertinentes para o aperfeiçoamento do programa, com reivindicações não apenas de natureza técnica, mas também política, evocando as necessidades de grupos mais estigmatizados e o apoio ao associativismo.

“A voz excluída quase sempre pertence a sujeitos tidos como tecnicamente inaptos para falarem, o que resulta na invalidação de seus pronunciamentos, quando isso eventualmente se dá” (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996, p. 31).

Desde a promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS), a legislação 8.142/90 vem dando condição legal para a efetivação da participação da sociedade nos conselhos que compõem a estrutura de decisão do sistema. Sabe-se, no entanto, que nessa prática muitas vezes prevalece a palavra e as necessidades dos técnicos em detrimento das dos cidadãos, ficando a discussão destituída do caráter político que deveria comandá-la, por princípio (Calipo, 2002).

Os entrevistados encontraram dificuldades assistenciais claramente relacionadas à gestão/administração dos serviços de saúde do município. Os serviços parecem classificar os excluídos em geral em uma categoria que os homogeneiza e, portanto homogeneiza também suas necessidades. Os serviços de saúde tendem a identificar

peças que foram agrupadas em torno de algumas características comuns quando se transformaram em consumidores institucionalizados deste ou daquele serviço. Vale dizer, as peças deixam de caracterizar-se como indivíduos singulares e formam um coletivo (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996, p. 38).

Trata-se, no entanto, de um coletivo homogêneo e simplificado, identificado como sendo a população pobre, único atributo válido para a saúde pública hegemônica (Soares, 2007).

Foi possível também perceber um conjunto de críticas que enfocam a forma como os médicos atendem os pacientes, o que, sendo fenômeno generalizado, não pode ser explicado pela evocação de tendências individuais. Sabe-se que

com a produção de serviços em larga escala e passando os trabalhos a serem organizados segundo as complexas estruturas das instituições, este fato tornou inevitável uma certa despersonalização nos cuidados prestados (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996, p. 38).

Algumas críticas também foram tecidas a outros profissionais de saúde. Para contemplar essas dificuldades relacionadas à prática da equipe de saúde é necessário

recorrer a outros saberes, advindos de campos de práticas e de conhecimento que têm como objeto outras dimensões da vida relacionadas à saúde. (...) não podemos recorrer a uma interdisciplinaridade que se limite a somar intervenções de várias origens, como é o caso de boa parte das abordagens multiprofissionais em saúde, que acabam por restringir-se à agregação de algumas ações às intervenções “prioritárias” na dimensão biológica. (...) [é] preciso “reconstruir” os objetos de trabalho desde as articulações possíveis entre todos esses saberes e criar instrumentos potencialmente produtores desses novos objetos no “interior técnico” do trabalho (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996, p. 62).

O projeto avaliado por Kessler (2005, p.7-8), que visa à aproximação entre o serviço de saúde e jovens das “esquinas, reunidos, conversando, usando drogas” do Morro da Cruz, aponta para a necessidade de que os trabalhadores de saúde tenham mecanismos para aproximar-se dos adolescentes e dessa forma, superar preconceitos relativos ao desconhecimento.

Esses adolescentes freqüentavam o imaginário das equipes de saúde, através do medo, dos preconceitos, distância, desconhecimento. Eles representavam de certa forma, “um dos perigos da comunidade”, mas não estavam incluídos no nosso cotidiano de trabalho. Não havia ações de prevenção e promoção para essa clientela, nossa intervenção acontecia em nível de recuperação e de um modo nada efetivo.

As diversas referências à má qualidade dos serviços de saúde do município de Santo André, que inclusive levou alguns dos entrevistados a procurar atendimento em outros municípios da região, fala em nome de uma revisão das políticas públicas de saúde daquele município.

A implementação do SUS e do direito à saúde tinha como uma de suas premissas “o fim da exclusão de grandes contingentes da população do acesso a serviços de saúde” (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996, p. 57). Assim,

a atenção primária e a unidade básica de saúde são, respectivamente, o modo de prática e o espaço institucional privilegiados para tentarmos desenvolver novas modalidades de

relação que permitam humanizar a relação instituição-população usuária, por sua própria organização como serviço (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996, p. 8).

O atendimento particularmente prestado pelos postos de saúde da prefeitura e NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) foi percebido pelos usuários como mais adequado do que o dos prontos socorros e hospitais, o que testemunha uma implementação mais adequada da atenção básica em saúde e dos serviços de saúde mental. A URD está ligada à rede de serviços de saúde de Santo André e depende dessa articulação para atingir a integralidade da atenção; está fundamentada na orientação do Ministério da Saúde.

As redes (...) são um entrelaçamento de meios de comunicação e de formação que se destinam a facilitar a prestação de um determinado serviço. (...) As redes envolvendo os vários atores relacionados ao movimento de redução de danos possibilitam a construção e o fortalecimento de vínculos entre os usuários de drogas e entre esses e os outros segmentos da sociedade, garantindo visibilidade àquela população. (...) No aspecto mais concreto, as redes são a garantia da manutenção dos trabalhos em campo (Brasil, 2001, p. 79).

Assim, a redução de danos faz parte da Política Nacional para Álcool e outras drogas. Vem sendo implementada, de acordo com o Ministério da Saúde, como uma estratégia de saúde pública, baseada na perspectiva dos direitos humanos e dos cuidados necessários ao cidadão, respeitando o seu desejo de continuar usando drogas, quando este for o caso. E ainda segundo o Ministério da Saúde (2001, p. 11):

As ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar as consequências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental que os orienta é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e as experiências dos serviços demonstram que os usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo esses, precisam ter o risco de infecção pelo HIV e hepatites minimizados.

Essa perspectiva é compartilhada por Karam (2003):

Aceitando as evidências que a maioria das pessoas não deixará de consumir tais substâncias e que a atitude mais racional e eficaz para minimizar as consequências adversas do consumo de drogas - lícitas e ilícitas - está no desenvolvimento de políticas de saúde

pública que possibilitem que este consumo se faça em condições que ocasionem o mínimo possível de danos ao indivíduo consumidor e à sociedade, os programas e ações voltados para redução de danos seguem uma linha terapêutico-assistencial que, afastando-se do discurso dominante, questiona a uniformidade do enfoque negativo dado às drogas tornadas ilícitas e rompe com as generalizadas premissas demonizadoras das pessoas que com elas se relacionam (Karam, 2003, p. 80).

Brites (1999) assinala a importância do desenvolvimento de ações de redução de danos em situações concretas, muito diferentes do que pode ser percebido como ideal pelos serviços de saúde. Muitas vezes, a população acessada pela URD encontra-se cansada das imposições institucionais e sociais que não têm a menor condição de serem cumpridas, como por exemplo, a exigência de abstinência como condição para o tratamento. Tais imposições têm feito com que usuários, que necessitam de atenção de saúde, fiquem sem assistência: os serviços de saúde não consideram aceitáveis alternativas à abstinência, como diminuir o consumo de algumas drogas ou eventualmente trocar por outras consideradas menos problemáticas.

A dissertação de Brites (1999) enfatiza a necessidade de tratar o usuário como um sujeito social.

Esta perspectiva de intervenção - a redução de danos - requer uma ampliação, tanto nos horizontes de abordagem acerca do consumo de drogas, quanto na formulação de ações de saúde mais plausíveis diante sua complexidade. Requer o reconhecimento da capacidade dos sujeitos individuais em manejar situações que dizem respeito à sua própria história e principalmente, requer o resgate de sua condição de sujeito (Brites, 1999, p. 40).

Nessa direção, está a perspectiva da Saúde Coletiva que concebe a redução de danos de maneira ampliada e procura, diante de uma explicação estrutural do consumo de drogas:

- contrapor-se ao liberalismo implícito na concepção da *nova saúde pública* de que os indivíduos nascem livres e iguais e têm liberdade para fazer suas escolhas, apostando numa postura – ancorada na visão marxista – que explica que os homens estão submetidos a sistemas de exploração e que, portanto, há desigualdades de reprodução social entre eles;
- contrapor-se, por outro lado, aos ditames funcionalistas de que os usuários são sujeitos individuais e “disfuncionais”, precisando ser

corrigidos para que o sistema volte a se equilibrar, apostando na leitura marxista que percebe o consumo como fruto das contradições das formas de reprodução do capitalismo contemporâneo;

- contrapor-se à idealização de uma sociedade sem drogas e indivíduos abstinentes, analisando concretamente a mercadorização das drogas – lícitas ou ilícitas – atendendo, sem escrúpulos, a diferentes necessidades de alteração da psicoatividade;
- reiterar a noção de historicidade do fenômeno das drogas, notando que a envergadura que ele assume em nossos dias combina com os valores predominantes de tirar proveito de tudo, rapidamente, e por si mesmo;
- reiterar a saúde como direito social, incluindo no escopo de sua afirmação os usuários de drogas, resistindo aos encaminhamentos atuais do metabolismo *Estado-capital-trabalho*, que transforma os direitos em mercadorias;
- desenvolver práticas sociais e de saúde não restritas ao controle das drogas ilícitas e que criminalizam os usuários dessas drogas;
- denunciar as desigualdades de reprodução entre as classes e promover a compreensão das raízes dos problemas relativos ao consumo de drogas nas diferentes classes sociais (Soares, 2007, p. 131).

Para Burrows (2006), que também discute uma perspectiva ampliada para a redução de danos, é preciso ter ações particulares para aqueles que fazem uso de drogas ou que se encontram em situação de marginalidade; propõe a noção de *advocacy*, que consistiria em um mecanismo através do qual grupos específicos desenvolvem a capacidade para defenderem seus direitos em meio à estrutura legal e a direitos universais. O *advocacy* seria instrumento fundamental para a inclusão de usuários de drogas injetáveis nos serviços de saúde.

A informação que a URD tem levado aos usuários foi considerada importante pelos usuários. Além disso, os entrevistados valorizaram bastante os insumos distribuídos. O Projeto Tá Legal também discute a importância dos insumos "Além de a camisinha prevenir, ela é também um recurso pedagógico de abordagem bastante usada. (...) Fica difícil fazer o trabalho de campo sem camisinha" (Paes, 2002, p. 55).

Após o contato com a URD, várias mudanças se processaram muito além da mudança de hábitos individuais. Os entrevistados relataram também

que alguns conhecidos e amigos, que também não cuidavam da saúde, passaram a ser indiretamente influenciados pelas orientações da URD.

Para Tedesco e Oliveira (2006, p. 53) “O acolhimento é parte essencial da intervenção”. Trata-se de estratégia fundamental porque muitos usuários da URD não têm família próxima e necessitam desse espaço de conversa, de cumplicidade e de confiança.

Marlatt concorda:

A redução de danos é uma abordagem empática porque não denigre as pessoas que se envolvem em comportamento sexual ou consumo de drogas de alto risco. Em vez de usar termos pejorativos para rotular tais pessoas, a redução de danos desvia a atenção para o comportamento do indivíduo e para as suas consequências (Marlatt, 1999, p. 52).

Houve quem apenas lamentasse a impossibilidade de acessar direitos por conta da opção sexual. A sociedade tem dificuldade para entender e aceitar que todos têm direito à cidadania. Essa perspectiva é introjetada ideologicamente por muitos sujeitos que não sabem que têm direitos ou consideram que não têm mesmo. De acordo com Sposati (1997, p. 9), “permanece entre nós forte resistência em aceitar a cidadania como capacidade inerente a todo brasileiro”.

Muitos fazem uso das estratégias de redução de danos, tendo mudado seus hábitos por referência ao consumo de drogas ou à forma de usá-las, demonstrando alguma familiaridade com relação às estratégias de redução de danos. Fonseca avaliou 134 programas de redução de danos, identificando algumas deficiências e a descontinuidade de algumas ações. Dessa forma, a autora se vê em condições de propor que o usuário da redução de danos seja tratado como um “cidadão como qualquer outro, com plena capacidade de desempenhar papéis importantes para a sociedade em que vive”. Além disso, que deixe de ser tratado como “um criminoso e passe a ser um real beneficiário de políticas sociais e de saúde” (Fonseca, 2005, p. 59, 79).

Alguns entrevistados que fazem programas sexuais acabam fazendo companhia aos clientes para utilizar drogas, havendo quem apenas

acompanhe o uso de drogas dos clientes. As relações entre prostituição e consumo de drogas são relatadas por Paes, por referência a usuários de pasta base. Nesse caso,

A maioria desses homens que transam com essas mulheres são colegas de uso de pasta que, muitas vezes, usam a droga como forma de pagamento. Alguns são de classe média e tem facilidade em comprar a droga. (...) Tem muitas meninas que vão comprar a pasta e relatam que conseguem vendendo o corpo. (...) Os grupos de uso e venda de drogas se misturam à prostituição (Paes, 2002, p. 72-73).

Finalmente cabe destacar que a avaliação de programas, embora reconhecida pela comunidade acadêmica e muitas vezes pelos serviços de saúde, é uma área que carece em termos de desenho e de implementação. A voz dos usuários do programa contribuiu para perceber suas limitações e potencialidades, mas certamente a URD se beneficiaria com o contínuo monitoramento das ações, implementando instrumentos que no cotidiano do trabalho pudessem detectar problemas/deficiências e dar respostas concretas e rápidas a esses problemas. Se o programa privilegia o acesso dos usuários aos direitos sociais, há de criar mecanismos de avaliação contínua, especialmente a partir da interlocução com outros serviços de saúde, mas não só.

No processo de planejamento e administração de ações de saúde eficazes, é preciso prover os responsáveis pelos programas com dados relativos ao desempenho dos mesmos. A partir destas informações, seria possível efetuar os ajustes que se fizessem necessários ou, se fosse o caso, descontinuar o programa que se mostrasse insatisfatório. Entretanto, sabe-se que, de fato, tal racionalidade não costuma se fazer presente na realidade dos programas de saúde pública no Brasil (Castiel, 1986, p. 184).

Considerações
Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo geral avaliar a Unidade de Redução de Danos sob a ótica dos sujeitos que são alcançados pelo programa.

Partindo da compreensão de que a “questão social” tomou na contemporaneidade novas feições, advindas do processo de reestruturação produtiva, que em maior ou menor grau repercutem na vida dos sujeitos alcançados pelo programa, e do pressuposto de que a URD vai além da distribuição de insumos e orientações para prevenir doenças transmissíveis, procurando assegurar aos indivíduos o direito à saúde, esta pesquisa buscou compreender a situação familiar, de trabalho e de vida dos usuários, verificar como eles avaliam o programa e analisar ainda as repercussões do trabalho da URD em suas vidas.

A situação familiar, de trabalho e vida dos entrevistados pode ser sintetizada da seguinte forma:

- A família de origem foi o espaço de convivência e de proteção, que por vezes permaneceu para toda a vida, mas foi também o *locus* de conflitos algumas vezes irreconciliáveis e marcados por situações de violência;
- As condições materiais concretas das famílias atuais revelam importantes dificuldades de sobrevivência; os núcleos familiares formados são heterogêneos e marcados por arranjos concebidos na base de necessidades de sobrevivência;
- As famílias atuais se caracterizam por bons relacionamentos, com vínculos afetivos que foram se construindo ao longo de trajetórias vividas à margem da sociedade, à exceção dos que vivem nas ruas esmolando ou fazendo bicos extemporâneos, que apresentam vínculos familiares bastante frágeis;
- Alguns entrevistados localizam na necessidade de sobrevivência a opção pelo trabalho com programas sexuais; alguns vivem em

condições de miséria, sobrevivendo a partir de esmolas e pequenos bicos;

- Há os que relacionam a prostituição com lazer e glamour;
- Melhores condições de vida e sustento familiar foram os motivos da migração de alguns para Santo André;
- Alguns têm esperança de novas perspectivas para o futuro e fazem planos para mudanças na vida profissional;
- A dinâmica das ruas onde acontecem os programas sexuais, a exploração sexual e uso prejudicial de drogas, é recheada de violência, exploração sexual, exploração dos cafetões em relação aos profissionais do sexo, entre outras adversidades;
- O local de trabalho é também o espaço de disputa e de preferências entre os profissionais do sexo;
- Depressão e angústia estão presentes na vida cotidiana das pessoas, havendo quem concretamente tentasse suicídio;
- O preconceito relativo às formas de trabalhar e de viver e à opção sexual dos entrevistados está constantemente se reproduzindo em diferentes momentos da vida social.

Num primeiro momento os entrevistados manifestaram suas insatisfações com os serviços públicos de saúde de Santo André - Postos de Saúde, Pronto-Socorros/PAs. Foram apontadas dificuldades em relação à organização dos serviços de saúde do país de uma forma geral. Assim, os entrevistados lamentaram o fato de que a população seja lembrada apenas em época de eleições, bem como a descontinuidade de programas e projetos que ficam à mercê das mudanças políticas.

Numa dimensão mais próxima e concreta, lamentaram também a organização interna dos serviços de saúde do município, apontando:

- demora no atendimento com longas filas de espera e para marcação de procedimentos como consultas e exames; má qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde em

geral e pelo médico em particular; discriminação dos usuários por sua condição de marginalidade; preconceito por conta da opção sexual ou pela condição de viver na rua; violência institucional; indiferença diante da dor e angústia do outro, entre outros;

- ações simples de organização de serviços que podem facilitar o atendimento da população como painel de senhas que poderiam organizar a demanda; a necessidade de que os serviços de saúde sejam mais acolhedores, tratando os usuários de forma mais humanitária e dando respostas aos seus problemas de saúde;

Os entrevistados também foram solicitados a falar sobre as potencialidades da URD, manifestando que:

- o dia do acolhimento deve permanecer, pois favorece a escuta que os entrevistados geralmente não conseguem em outros espaços da vida social;
- os benefícios da interlocução da URD com a rede de serviços de saúde e sócio-assistencial tem favorecido e facilitado o atendimento e acompanhamento dos entrevistados;
- a continuidade das ações de distribuição de folhetos explicativos e informativos é importante;
- o trabalho contínuo da redução de danos nas ruas é diferente de outros programas e projetos que têm início e terminam sem justificativas;
- a URD tem alcançado populações que estão distantes do acesso a serviços de saúde e sócio-assistenciais e facilitado o acesso aos serviços de saúde do município;

Esta pesquisa apontou também as limitações da URD, evidenciando algumas situações que precisam ser modificadas. A partir da análise das limitações e das sugestões feitas pelos entrevistados, é possível formular algumas propostas para o aprimoramento do trabalho:

- rever o cronograma de visitas aos campos, na medida em que alguns campos encontram-se atualmente com um quadro de visitas muito irregular;
- retomar alguns campos, cujas atividades são ocasionais, como as casas de programas sexuais, e alguns outros que estão abandonados como o que reúne os michês e as adolescentes em situação de exploração sexual;
- regularizar a distribuição de gel lubrificante para os profissionais do sexo;
- rever o campo dos usuários de drogas com implementação de outras ações de redução de danos, como as terapias de substituição, por exemplo;
- ampliar as ações de redução de danos nos bairros, apoiando-se no trabalho contínuo das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família;
- distribuir insumos para usuários de cocaína inalada;
- incrementar ações voltadas ao uso prejudicial de drogas no campo que reúne as travestis;
- realizar a distribuição de insumos nos dias de pico de trabalho do (as) profissionais do sexo;
- orientar os usuários quanto à formação de associações de trabalhadores do sexo, quanto a questões relacionadas à legalização da profissão e quanto a direitos trabalhistas;
- orientar as travestis quanto aos problemas relacionados à colocação clandestina de silicone industrial;
- retomar as ações de vacinação;
- orientar e encaminhar os interessados para cursos profissionalizantes e outras formas de qualificação profissional;
- retomar a Unidade Móvel para acompanhar os usuários no campo, com a presença de profissionais como enfermeira e médico;

- garantir o acompanhamento de usuários que pretendem fazer mudança de sexo;
- acompanhar nas suas demandas e solicitações dos usuários da URD que são explorados pelas cafetinas;
- monitorar usuários que chegam de outras cidades e não conhecem a rede de serviços do município, permanecendo muito tempo sem assistência, principalmente de saúde;
- contratar mais redutores de danos para a URD;
- contar com veículo próprio para acompanhar melhor os usuários do programa, pois isso tem feito com que usuários não sejam assistidos por não ter carro no momento que necessitam, uma vez que a disponibilidade do carro não é exclusiva para a unidade;
- introduzir acompanhamento psicológico;
- divulgar o trabalho desenvolvido pela URD;
- incentivar os usuários a realizarem exames preventivos;
- aumentar o número de preservativos distribuídos;
- discutir formas de organização da assistência para os que não podem utilizar os horários regulares dos serviços de saúde e para as profissionais do sexo que pagam multas por sair das casas de programas;
- desenvolver processos educativos nos campos com a finalidade de discutir as formas de trabalhar e de viver das pessoas que compõem esse grupo social, procurando saídas solidárias e coletivas
- capacitar os trabalhadores da rede de serviços de saúde do município quanto aos objetivos do programa, para que a rede seja melhor preparada para atender os usuários de drogas, as adolescentes em situação de exploração sexual, as travestis, dentre outros que fazem parte do grupo social alcançado pela URD;

Pode-se concluir que a URD está sendo instrumental para que o grupo social a que se dirige possa acessar direitos sociais e especialmente o direito a saúde. Vários são os testemunhos que falam nesse sentido: os usuários referem-se à redução de danos como um facilitador, um intermediário entre as demandas que apresentam e os serviços sociais e de saúde; posicionando-se como cidadãos, não se comportam como subalternos junto aos serviços para os quais são encaminhados pela redução de danos; tornaram-se também agentes dos direitos sociais, pois apresentam aos demais as informações que têm obtido, levando outros usuários para serem atendidos nos locais em que já foram assistidos; avaliaram criticamente a URD, formulando sugestões para o seu aprimoramento, demonstrando conhecimento e familiaridade com a Unidade e mostrando-se à vontade para tecerem críticas e sugestões, sem receio de serem alvos de retaliações no atendimento; ficou evidenciado que os usuários têm vínculo e confiança na URD, verbalizando desejos e solicitações e contribuindo para a construção desse serviço de saúde.

Na avaliação dos entrevistados a URD é um serviço cuja continuidade deve ser garantida pelo poder público. Trata-se de uma proposta positiva de acolhimento, acompanhamento e encaminhamento, que respeita os direitos humanos de um grupo social marginalizado. Essa Unidade, que vai ao território onde se encontram esses cidadãos, tem sido aceita pelos entrevistados e tem dado respostas às suas solicitações e demandas.

Referências

REFERÊNCIAS

Ammann SB. Cidadania e exclusão social: o mundo desenvolvido em questão. *Serviço Social Sociedade*. 2003;24(76):15-32.

Antunes R. O caracol e sua concha: ensaios sobre a morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo; 2005.

Asociación Civil El Retoño. Reducción de daños entre usuarios y usuarias de drogas em la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. *Infosida*. 2003;3(3):64-67.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Bastos FI. Ruína & reconstrução: Aids e drogas injetáveis na cena contemporânea. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996.

Bastos FI. Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In: Sampaio CMA, Campos MA, organizadores. *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro; 2003.p. 15-41.

Birman J. O mal-estar na modernidade e a psicanálise: a psicanálise à prova do social. *PHYSIS Rev Saúde Coletiva*. 2005;15 Supl: 203-24.

Birman J. Os destinos do desejo no mal-estar da atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 6ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2007.

Birman J. *Psicanálise: uma ilusão sem futuro?* [resenha]. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.

Borón A. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: Sader E, Gentili P, organizadores. *Pós Neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado Democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995.

Brasil. Constituição, 1988. *Constituições da República Federativa do Brasil e do Estado de São Paulo. Declaração Universal dos Direitos Humanos*. São Paulo: Imprensa Oficial; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional DST e Aids. *Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da aids*. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência Doméstica Intrafamiliar: orientações para a prática em serviços*. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental 1990-2002. 3ª ed. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Programa Brasil sem Homofobia. Programa de Combate a Violência e a Discriminação contra GLBT e da Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília; 2004.

Bravo MIS, Pereira PAP, organizadoras. Política social e democracia. São Paulo: Cortez; 2001.

Bravo MIS, Matos MC. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: Bravo MIS, Pereira PAP, organizadoras. Política social e democracia. São Paulo: Cortez; 2001. p. 197-216.

Breilh J. Nuevos conceptos y tecnicas de investigacion: guia pedagogica para un taller de metodologia. Quito: CEAS; 1995.

Brites CM. Uso de droga injetável e redes de interação social: prazer e cuidados com a saúde, é possível? [dissertação]. São Paulo: Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1999.

Brites CM, Domanico A, Stempliuk VA. Relatório Final: Seminário Nacional de Redução de Danos: outras estratégias são possíveis. São Paulo: Centro de Convivência é de Lei, Associação Pró-Saúde Mental; 2002.

Bruschini C. Teoria crítica da família. In: Azevedo MA, Guerra VNA, organizadoras. Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. São Paulo: Cortez; 1997.

Burrows D. Advocacy and coverage of needle exchange programs: results of a comparative study of harm reduction programs in Brazil, Bangladesh, Belarus, Ukraine, Russian Federation, and China. Brazil. Cad Saúde Pública. 2006;22(4):871-9.

Calipo SM. Saúde, estado e ética. Nob/96 e lei das organizações sociais: a privatização da instituição pública na saúde? [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Campos MA, Siqueira DJR. Redução de danos e terapia de substituição em debate: contribuição da Associação Brasileira de Redução de Danos. J Bras Psiquiatr. 2003;52(5):387-93.

Canoletti B, Soares CB. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. Interface Comunic Saúde Educ. 2005;9(16):115-29.

Carlini EA. Posicionamento da UNIFESP sobre redução de danos. *J Bras Psiquiatr* (Rio de Janeiro). 2003a;52(5):363-70.

Carlini EA. Redução de danos: uma visão internacional. *J Bras Psiquiatr* (Rio de Janeiro). 2003b;52(5):335-9.

Carlini-Marlatt B, Requião DH, Stachon AC. Redução de danos: uma abordagem de saúde pública. *J Bras Psiquiatr* (Rio de Janeiro). 2003;52(5):381-6.

Carvalho MCB. A priorização da família na agenda da política social. In: Kaloustian SM, organizador. *Família brasileira: a base de tudo*. São Paulo: Cortez; 1994. p. 93-110.

Castel R. A desigualdade e a questão social. São Paulo: EDUC; 1997a. As armadilhas da exclusão; p. 15-46.

Castel R. A desigualdade e a questão social. São Paulo: EDUC; 1997b.

Castiel LD. Considerações acerca da utilização da epidemiologia na avaliação dos sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 1986;2(2):184-90.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. 1999, p. 113.

Chauí M. Convite à filosofia. São Paulo: Ática; 1999. A questão democrática; p. 433.

Cruz MS, Sáad AC, Ferreira SMB. Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. *J Bras Psiquiatr* (Rio de Janeiro). 2003;52(5):355-62.

Demartini ZBF. A questão da análise no processo de pesquisa. In: Lang ABSG, organizadora. *Desafios da pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: CERU; 2001. p. 49-72.

Des Jarlais DC. Evaluating national harm reduction programs. *England. Addiction*. 2005;100(11):1575-6.

Drumond M. Epidemiologia em serviços de saúde: conceitos, instrumentos e modos de fazer. In: Campos GW, Minayo MCS, Akerman, M, Drumond MJ, Carvalho YA. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006.

Emmanuelli J, Desenclos JC. Harm reduction interventions, behaviors and associated health outcomes in France, 1996-2003. *England. Addiction*. 2005;100(11):1690-700.

Engels F. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Boitempo; 2008.

Escorel S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.

Fonseca EM. Política de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca; 2005.

Fonseca EM, Bastos IF. Política de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências Americana, Britânica e Brasileira. In: Acselrad G, organizador. *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 289-310.

Gandolfi D, Doneda D. O início da redução de danos no Brasil na perspectiva governamental: ação local com impacto nacional. In: Silveira DX, Moreira FG. *Panorama atual de drogas e dependência*. São Paulo: Atheneu; 2006.

Gaspar MD. *Identidade social*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985. *Garotas de Programas: prostituição em Copacabana*; p. 11-35.

Guimarães AA, Melazzo ES, Guimarães RB, Magaldi SB. A propósito de debate sobre exclusão social: aportes teóricos, escala local e indicadores sociais. In: *Encontro Nacional de Geógrafos*; 2002; João Pessoa, BR.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico [texto na Internet]. Rio de Janeiro; 2002. [citado 2008 abr. 25]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Karam ML. Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. In: Sampaio CMA, Campos MA, organizadores. *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro; 2003. p. 45-97.

Kessler LL. *Vem comigo! No caminho eu explico* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2005.

Kowarick L. *Capitalismo e marginalidade na América Latina*. São Paulo: Paz e Terra; 1975.

Lang ABSG. História oral: procedimentos e possibilidades. In: Lang ABSG, organizadora. *Desafios da pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: CERU; 2001. p. 91-112.

Laurell AC. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: Laurell AC, organizadora. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez; 1995. p. 151-78.

MacRae E, Gorgulho M. Redução de danos e tratamento de substituição: posicionamento da Rede Brasileira de Redução de Danos. *J Bras Psiquiatr* (Rio de Janeiro). 2003;52(5): 371-74.

- Maiolino ALG, Mancebo D. Análise histórica da desigualdade: marginalidade, segregação e exclusão. *Psicologia & Societ*. 2005;17(2):14-20.
- Malbergier A, Andrade AG, Scivoletto S. Redução de danos. *J Bras Psiquiatr* (Rio de Janeiro). 2003;52(5):375-80.
- Mann JM, Tarantola DJM. *Aids in World II: global dimensions, social roots and responses*. Oxford: Oxford University Press; 1996.
- Marlatt GA. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
- Marsiglia RMG. Famílias de baixa renda na periferia do município de São Paulo: questões para os serviços de saúde. *Serviço Social Sociedade*. 2002;23(71):181-9.
- Martins JS. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus; 1997.
- Martins SM. Normas, desvio e uso de drogas: o contexto da busca da cidadania pela redução de danos. In: Sampaio CMA, Campos MA, organizadores. *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro; 2003. p. 101-114.
- Melcop AG, Maia D, Buning E, Franch M. *Relatório da I Conferência Internacional sobre Consumo de Alcool e Redução de Danos: em busca de uma política abrangente para os países em transição e desenvolvimento*. Recife; 2003.
- Mesquita F. Perspectivas das estratégias de redução de danos no Brasil. In: Mesquita F, Bastos FI, organizadores. *Drogas e Aids: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 169-80.
- Minayo MCS. An anthropological approach to the evaluation of social policies. *Rev Saúde Pública*. 1991;25(3):233-8.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2004.
- Mir L. *Guerra civil: estado e trauma*. São Paulo: Geração Editorial; 2004.
- Misoczky MC. A agenda para reformas do Banco Mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão. *Saúde Debate*. 1995;(47):4-7.
- Nascimento EP. Hipóteses sobre a nova exclusão social: dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. São Paulo: Didática; 1994. p. 29-45.
- Netto JP. Apresentação. In: Engels F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo; 2008.

- Netto JP. Capitalismo monopolista e serviço social. Apêndice à terceira edição: Cinco notas a propósito da "questão social". São Paulo: Cortez; 2001.
- Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Publica*. 2000;34(5):547-59.
- Oliveira MPMT, Tedesco S. O acolhimento. In: Silveira DX, Moreira FG. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu; 2006.
- Parlett M, Hamilton D. Avaliação iluminativa: uma nova abordagem no estudo de programas inovadores. In: Goldberg MA, Souza CP, organizadoras. *Avaliação de programas educacionais: vicissitudes, controvérsias, desafios*. São Paulo: EPU; 1982.
- Paes PCD. Tá Legal: construindo uma política pública de redução de danos no Estado do Mato Grosso do Sul, fronteira com a Bolívia. Campo Grande: Microart; 2002.
- Ponta Grossa. Grupo Reviver. Projeto Maluco Beleza. Direitos humanos e redução de danos. Ponta Grossa, PR; 2002.
- Queiroz IS. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicol Cienc Prof Dic*. 2001;21(4):2-15.
- Raichelis R. Gestão pública e a questão social na grande cidade. *Lua Nova*. 2006;69:13-48.
- Reale D. O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997.
- Santo André. Prefeitura do Município. Programa Municipal de Saúde Mental. Santo André; 1997.
- Santo André. Prefeitura do Município. Plano Plurianual do Núcleo de Prevenção DST/AIDS. Santo André; 2004.
- Santos M. O espaço do cidadão. São Paulo: Nobel; 1998.
- Santos VC. A relação trabalho-saúde dos enfermeiros do PSF da região de Vila Prudente- Sapopemba: um estudo de caso [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
- Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto: Programas e Ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Severino FES. Memória da morte, memória da exclusão: prostituição, inclusão social e cidadania. São Paulo: Universitária Leopoldianum; 2004.

- Silveira DX, Julião AM, Moreira FG. Acompanhamento clínico. In: Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 110.
- Soares CB. Adolescentes drogas e Aids: avaliando a prevenção e levantando necessidades [tese]. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade São Paulo; 1997.
- Silveira C, Doneda D, Gandolfi D, Hoffmann MC, Macedo P, Delgado PG, et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. J Bras Psiquiatr (Rio de Janeiro). 2003;52(5):349-54.
- Soares CB. Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da Saúde Coletiva [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
- Soares CB, Jacobi PR. Adolescentes, drogas e Aids: avaliação de um programa de prevenção escolar. Cad Pesqui. 2000;(109):213-37.
- Soares LTR. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Rio de Janeiro: UFRJ; 1999.
- Sposati A. Mínimos sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania. Serviço Social e Sociedade. 1997; XVIII(55):58-72.
- Stotz EN. Pobreza e capitalismo. In: Valla VV, Stotz EN, Algebaile EB, organizadores. Para compreender a pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: Contraponto/Escola Nacional de Saúde Pública; 2005.
- Souza AM. A família e o seu espaço: uma proposta de terapia familiar. São Paulo: Agir; 1985. p. 17-33.
- Szymanski H. Viver em família como experiência de cidadão mutuo: desafios de um mundo em mudança. Serviço Social Sociedade. 2002;23(71):9-25.
- Veloso L, Carvalho J, Santiago L. Redução de danos decorrente do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: Bravo MIS, Vasconcelos AM, Gama AS, Monnerat GL. Saúde e serviço social. Rio de Janeiro: Cortez; 2004. p. 165-78.
- Wechsberg WM, Lam WK, Zule WA, Bobashev G. Efficacy of woman-focused intervention to reduce HIV risk and increase self-sufficiency among African American crack abusers. United States. Am J Public Health. 2004;94(7):1165-73.
- Wanderley MB. Refletindo sobre a noção de exclusão. Serviço Social e Sociedade. 1997; XVIII(55):74-83.
- Yasbek MC. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. Temporalis. 2001;2(3):33-40.

Glossário

GLOSSÁRIO

1. Baque: expressão empregada para designar quando alguém faz uso de droga injetável.
2. Bombadeira: pessoa que aplica silicone de forma clandestina em outras pessoas, com objetivo de "transformar" o corpo de suas "pacientes". Em geral, o silicone não é cirúrgico, mas industrial e seu uso pode acarretar diversos problemas.
3. Canudo: material de suporte cilíndrico vazado que pode ser derivado de várias matérias-primas, como: plástico/silicone, papel, vidro, mangueira cristal, metal utilizado para inalar cocaína.
4. Drag Queen: usualmente trata-se de um homem que se veste em roupas femininas e se maquia para ocasiões especiais, comumente apresentando-se em shows.
5. Farinha: nome empregado para designar a substância psicoativa denominada cocaína.
6. Fissura: vontade ou desejo incontrolável de consumir drogas.
7. Nota: cédula, papel utilizado para aspirar cocaína pelos usuários de drogas.

Anexos

ANEXO I**Roteiro de entrevista****Parte 1 – perguntas fechadas****A - Dados demográficos**

1. Nome do entrevistado: _____

2. Local da entrevista: _____ Idade: _____

3. Conhece a URD de Santo André há quanto tempo? _____

4. Naturalidade

1. ( ) Norte _____

2. ( ) Sul _____

3. ( ) Sudeste _____

4. ( ) Nordeste _____

5. ( ) Centro Oeste _____

5. Sexo 1 ( ) Masculino 2 ( ) Feminino

6. Cor

1 ( ) Negro

2 ( ) Pardo

3 ( ) Amarelo

4 ( ) Branco

5 ( ) Indígena

7. Escolaridade

1. ( ) Analfabeto/não assina o nome

2. ( ) Ensino fundamental completo

3. ( ) Ensino fundamental incompleto

4. ( ) Ensino médio completo

5. ( ) Ensino médio incompleto

6. ( ) Assina o nome, analfabeto

B - Dados relativos às formas de trabalhar

8. Você faz programas? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não Há quanto tempo? _____

9. A renda obtida através dos programas é suficiente para viver? 1. Sim ( ) 2. Não ( )

10. O que fazia antes de começar a fazer programas? _____

11. Você tem outras fontes de renda? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não _____

12. Alguém próximo a você te ajuda? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não Quem? _____

13. Você faz programas ( ) Sim 2 ( ) Não Há quanto tempo? _____

C - Dados relativos às formas de viver

14. Onde você mora?

14.1. ( ) Casa

14.2. ( ) Apartamento

14.3. ( ) Pensão

14.4. ( ) Albergue

14.5. ( ) Rua. Quanto tempo? _____

15. Em que local você mora?

15.1 ( ) Ponte

15.2 ( ) Viaduto

15.3 ( ) Praça

15.4 ( ) Fábrica abandonada

15.5 ( ) Outros: _____

16. O que você faz para se divertir?

E - Dados relativos ao consumo de drogas

17. Você usa algum tipo de droga? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

18. Que tipo (s) de droga (s) você usa?

---

19. Com quantos anos começou a usar drogas? (Só se aplica a quem respondeu afirmativamente a pergunta 17) _____

D - Dados relativos ao suporte sócio-familiar

20. Com quem mora?

20.1 ( ) Família Quem? _____

20.2 ( ) Amigos (as)

20.3 ( ) Sozinho (a)

20.4 ( ) Filhos Quantos? _____

20.5 ( ) Outros: _____

21. Você tem familiar ou alguém que você possa te ajudar? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

22. Você participa de algum projeto, associação 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

Qual? _____

Perguntas específicas para os adolescentes

23. Frequenta escola? 1. ( ) Sim 2. Não ( )

23.1 Se não frequenta, por que?

Perguntas específicas para os travestis e transexuais.

24. Você usa prótese de silicone? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. Em caso afirmativo, apresenta algum tipo de problema de saúde em decorrência do uso da prótese? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

Qual? _____
_____
_____

24.1. Quando tem algum problema com a prótese de silicone você procura ajuda?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não

24.2. Em caso afirmativo, onde procura essa ajuda? Em caso negativo porque não procura?

_____
_____
_____

Perguntas específicas para mulheres que freqüentam as ruas (trabalhadoras do sexo e outras)

25. Você usa prótese de silicone? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não.

Em caso afirmativo, apresenta algum tipo de problema de saúde? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

Qual? _____
_____
_____

25.1. Quando tem algum problema com a prótese de silicone você procura ajuda?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não

25.2 Em caso afirmativo, onde procura essa ajuda? Em caso negativo porque não procura?

_____
_____
_____

Perguntas específicas para michês e HSH que freqüentam as ruas e outros logradouros públicos

26. Você tem recebido nas ruas algum tipo de orientação ou ajuda em relação a cuidados com a saúde ou outros cuidados?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não.

De quem? _____

26.1. Em caso afirmativo, como tem sido esta orientação?

_____
_____
_____

Pergunta específica para usuários de drogas:

27. Qual o significado das drogas em sua vida?

_____
_____
_____

Parte 2 – perguntas abertas

1. A partir do momento que você começou a participar da URD, nota diferença na forma de cuidar da sua saúde? Conte o que mudou, o que faz agora para se cuidar, que não fazia antes?
2. Você conhece a estória de mais alguém que está nessa URD que passou a cuidar da sua saúde de jeito diferente de antes de estar no programa?
3. Além do cuidado à saúde, a partir do momento que você começou a participar da URD, o que mudou na sua vida?
4. Você conhece a estória de mais alguém que está nessa URD e o que mudou na vida dessa pessoa?
5. O que a URD tem de melhor? No que esse programa precisaria melhorar, na sua opinião?
6. Você utiliza os serviços públicos de Santo André? Quais? (Hospitais, UBS's dentre outros)
7. Como esses serviços contribuem para você ter saúde? Você poderia contar alguma situação que o serviço público te ajudou?
8. O que precisaria melhorar, no atendimento dos serviços de saúde, para ajudar você? Você teria para contar uma situação que o atendimento não te ajudou ou que não se sentiu bem?
9. Você nota alguma diferença na forma como os trabalhadores dos serviços de saúde te tratam, antes de estar na URD? Conte alguma situação que você tenha percebido essa diferença.
10. Os trabalhadores de saúde sabem que você está na URD?
11. Você costumava usar os serviços públicos de Santo André, antes de estar nesta URD?

ANEXO II

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ**Secretaria de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP**

Parecer 21/2007

Santo André, 18 de maio de 2007.

Prezada Senhora

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Santo André **APROVOU**, de acordo com a resolução 196/96, o protocolo de pesquisa **"As práticas de atenção à saúde da Unidade de Redução de Danos do Município de Santo André e o fortalecimento da população atendida"**, registro 21/2007 – CEP/SSSA, de autoria do pesquisador: Silvia Moreira da Silva.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- 1) O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Res. CNS 196/96).
- 2) O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- 3) O relatório final da pesquisa deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente

Dr. Nivaldo Carneiro Junior
Coordenador do CEP - SSSA

ANEXO III

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone.: 3061-7548 - Fax.: 3061-7548

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 03 de abril de 2007.

Ilm.^a Sr.^a
Silvia Moreira da Silva

Ref.: Processo nº 628/2007/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**As práticas de atenção à saúde da Unidade de Redução de Danos do município de Santo André e o fortalecimento da população atendida**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Silvia Moreira da Silva. Sou assistente social e aluna do Programa de Pós-Graduação na área de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Estou desenvolvendo a pesquisa “As práticas de atenção à saúde da Unidade de Redução de Danos do município de Santo André e o fortalecimento da população atendida”. O objetivo dessa pesquisa é estudar e analisar o Programa de Redução de Danos de Santo André de acordo com os seus usuários. Assim, solicito por meio desse documento o seu consentimento para participar do estudo. Pedirei que preencha um formulário com os seus dados e participe de uma entrevista individual de aproximadamente 40 minutos de duração que precisará ser gravada. Gostaria de esclarecer que sua participação é voluntária e que não será cobrado nada por ela, assim como não haverá remuneração financeira caso você participe. Esclareço ainda que você poderá me pedir mais informações a respeito do estudo a qualquer momento e que tem todo o direito de se recusar a participar da pesquisa inclusive podendo abandoná-la quando desejar sem que isso lhe traga prejuízos de qualquer espécie. Não será necessário que você se identifique. O seu anonimato e o sigilo dos dados confidenciais serão mantidos por ocasião da divulgação dos resultados da pesquisa em eventos e/ou periódicos e você receberá uma cópia assinada desse termo, na íntegra. Você concorda em participar?

Desde já agradeço a sua colaboração,

Obrigada.

Silvia Moreira da Silva
Coordenadora da Unidade de Redução de Danos
Secretaria de Saúde de Santo André

Eu, _____, declaro que estou de acordo em participar como entrevistado (a) da pesquisa acerca das práticas de atenção à saúde da Unidade de Redução de Danos do município de Santo André e o fortalecimento da população atendida.

Assinatura do entrevistado

Telefones para contato: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo: 3061-7548 e Silvia Moreira da Silva: 4433-3092/3091.

ANEXO V

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ

Santo André, 26 de março de 2007.

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Ao
Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo -USP

Apresentamos a aluna do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva - USP, **Silvia Moreira da Silva**, RG.: 39.978.378-7, que esta autorizada a desenvolver a pesquisa: "*As práticas de atenção à saúde da unidade de redução de danos do Município de Santo André e o fortalecimento da população atendida*" no Município de Santo André.

Sem mais para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente

Dra. Ieda Maria Cabral da Costa
Diretora do Deptº de Assistência à Saúde
Secretaria da Saúde
Dra. Ieda Maria Cabral da Costa
Diretora do Deptº de Assistência à Saúde
Secretaria da Saúde

ANEXO VI

CMDCAConselho Municipal dos Direitos
da Criança e do Adolescente
de Santo André

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o Projeto *"As práticas de atenção à saúde da Unidade de Redução de Danos do município de Santo André e o fortalecimento da população atendida"*, de autoria de Sílvia Moreira da Silva, foi discutido na Reunião Ordinária do CMDCA/SA - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Santo André que autorizou a coleta de dados entre crianças e adolescentes do município, resguardadas as identidades dos pesquisados e garantida a devolutiva ao pleno do Conselho após o término da pesquisa.

Santo André, 10 de maio de 2007

Joel Jonas Gonçalves

Coordenador