

La unidad de reducción de daños de la ciudad de Santo André, Sao Paulo, Brasil: una evaluación

Silvia Moreira Silva, Cássia Baldini Soares, Vilmar Ezequiel Santo

Introducción

Este trabajo aborda una estrategia de intervención en salud que dirige sus acciones para atender a personas que consumen drogas. El objeto de estudio fue la Unidad de Reducción de Daños (URD) de la ciudad de Santo André, ubicada en el Estado de Sao Paulo, Brasil. La URD es un instrumento de trabajo en salud cuyo objetivo es transformar la situación de salud de un grupo social marginado, compuesto por sujetos que circulan o trabajan en las calles, en su mayoría, personas que consumen drogas. Los objetivos de esta investigación fueron: verificar como esas personas evalúan la URD y analizar el impacto en sus vidas del trabajo realizado por esa unidad.

Como su nombre lo indica, la URD toma como referencia la estrategia de reducción de daños (RD), que fue reeditada en el contexto contemporáneo a partir del agravamiento de la epidemia de VIH/SIDA y que, inicialmente, se centró en las personas que usaban drogas inyectables (Mesquita & Bastos, 1994; Soares & Jacobi, 2000).

En ese sentido, la política oficial brasilera referente a la Atención Integral en el sector de

drogas psicoactivas, del Ministerio de Salud (MS), empezó a preconizar la RD como herramienta importante en este campo, entendiendo que la abstinencia no podría considerarse como único resultado esperado para la recuperación y promoción de la salud de los sujetos implicados.

Construida bajo la perspectiva del trabajo colectivo en salud, alternativa para integrar socialmente a esos grupos sociales y para monitorizar la superación del problema, la RD se enfrenta con la forma como es dirigida la política internacional, especialmente la de Estados Unidos, que criminaliza conductas relacionadas con sustancias ilícitas. Esa actitud de criminalizar tiene un peso importante en la génesis y crecimiento del tráfico de drogas y, además, en el impacto de las acciones de salud pública (Karam, 2003). Cabe señalar que las experiencias internacionales de RD han demostrado, según Brites (1999), que la política de reducción de daños, al no restringir sus acciones para los usuarios que pretenden dejar de consumir drogas, han logrado, a diferencia del modelo prohibicionista, aproximar cada vez más los usuarios de drogas ilícitas a la salud pública (Brites, 1999: 44).

En realidad, como destacan Veloso, Carvalho y Santiago (2004), el carácter represivo y moralizador que tradicionalmente impera en las prácticas educativas de atención a las personas que consumen drogas, sólo ha servido para reforzar la descalificación de los involucrados. Los autores destacan la necesidad de incorporar estrategias emancipadoras en las prácticas institucionales, objetivando crear espacios democráticos de acogida y estímulo a la reflexión, que contribuyan con la deconstrucción de innumerables formas de exclusión y segregación social a la que son sometidos estos grupos.

Silvia Moreira Silva. Assistente Social, Mestre pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Correo-e: silviagirard@gmail.com

Cássia Baldini Soares. Profesora Asociada, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Correo-e: cassiaso@usp.br

Vilmar Ezequiel Santos. Psicólogo. Maria Cuzinato dos Santos e Arlindo José dos Santos Mestre e Doutorando pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo. Correo-e: vilmar.santos@uol.com.br

En ese sentido, Fonseca y Bastos (2005) defienden el enfoque de RD ante los enfoques tradicionales, coercitivos y autoritarios, ponderando la posibilidad especial de apostar en la capacidad de autodeterminación y flexibilidad de las alternativas de atención y cuidado a esos grupos sociales.

Esa perspectiva también se toma como una alternativa importante en el área de educación sobre drogas, donde se están desarrollando estrategias innovadoras, buscando deconstruir los prejuicios y resignificar el consumo de drogas, criticando la ideología dominante a través de discusiones sobre los elementos sociales que están en juego en el complejo sistema de producción, distribución y consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas (Soares & Jacobi, 2000; Soares & Campos, 2004; Acserald, 2005; Soares, Campos, Leite, & Souza, 2009).

Entre los estudios que evalúan programas de RD en Brasil y América Latina (Asociación Civil El Retono, 2003; Kessler, 2005; Paes, 2002) se destaca el de Fonseca (2005) porque presenta los resultados de una evaluación realizada con gestores de 45 programas de reducción de daños (PRD), entre los 134 existentes en Brasil en la época del estudio. La mayoría de los entrevistados (60%) calificó la cobertura de los programas como mala o regular y el 70% calificó la adhesión como buena, siendo que una parcela considerable de ellos (20%) no disponía de jeringas ni equipamientos suficientes para realizar las acciones de RD.

Desarrollar un programa en salud de esa naturaleza constituye un proceso complejo. Evaluarlo, aunque contemplando sólo la perspectiva del sujeto, requiere según Novaes (2000) “explicación clara de los contornos del objeto que será evaluado: propuestas, acciones programáticas, actividades de gerencia, servicios, procedimientos, profesionales, etc” (p. 552).

La unidad de reducción de daños de Santo André

La URD de la Secretaria Municipal de Santo André fue implantada en marzo de 2002 y, progresivamente, fue desarrollando acciones e intervenciones en las calles, debajo de puentes y

viaductos, en fábricas abandonadas y en casas de shows eróticos, espacios donde se encuentran lo que el programa define como poblaciones vulnerables. Esas poblaciones necesitan cuidados y, en general, no han conseguido acceso y apoyo de la red pública socio-asistencial, educativa, jurídica, habitacional y de seguridad, para satisfacer sus demandas y/o necesidades.

Desde su implementación, más de 2.000 personas han pasado por la Unidad, entre los cuales, casi 85% utilizaba algún tipo de drogas lícitas o ilícitas, predominando las mujeres trabajadoras sexuales, seguidas por usuarios de drogas, travestis, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), hombres trabajadores sexuales, lesbianas y adolescentes que viven en la calle y/o bajo exploración sexual.

Entre las acciones realizadas por la URD se destacan: prevención de enfermedades transmisibles, reducción de riesgos y daños relacionados al consumo de sustancias psicoactivas; incentivo para la formación de protagonistas y organización social; vinculación de las personas con la red salud, incorporación como trabajadores de reducción de daños, incentivo y contribución para buscar la ciudadanía y, por último, prevención de enfermedades transmisibles mediante vacunación (hepatitis B, Td -tétano y difteria-, SRP -sarampión, rubéola y paperas-).

Cuando el estudio fue realizado, el proyecto contaba con 15 profesionales que actuaban en 30 localidades, denominadas campos, esparcidos por el territorio, y estaba articulado e integrado a la red de salud de la ciudad, teniendo como aliadas algunas organizaciones sociales y programas oficiales del gobierno.

Consideraciones teóricas

Evaluar una intervención en salud a la luz del marco teórico de salud colectiva, de la forma como se pretendió desarrollar esta investigación, significó iluminar el objeto de estudio y la realidad que la conforma, con base en su dimensión histórica y procesual y analizarlo bajo la perspectiva dialéctica, conforme orienta Breilh (1995).

En ese sentido, cabe destacar que hasta finales del siglo XX las cuestiones contextuales y sociales que más influyen el progreso de las prácticas de RD se relacionaban, principalmente desde la perspectiva del Estado (salud pública oficial), a la envergadura y a la gravedad de la epidemia del VIH/SIDA y, desde la perspectiva de la sociedad civil, a la movilización social reunida en torno de esa problemática (Canoletti & Soares, 2005).

La segunda tarea necesaria para evaluar la URD de Santo André fue comprender las semejanzas entre los sujetos atendidos por el programa que fueron objeto de este estudio. En un primer análisis, puede considerarse que esas personas tuvieron una vida llena de privaciones, violencia, sufrimiento, abandono y miedo; personas que buscaron refugio, sustento y participación en ocupaciones y hábitos que envuelven prejuicios, estigma y aislamiento, cuyo lugar de trabajo y vida es la calle y los locales “famosos” de las grandes ciudades; hombres y mujeres adultos y adolescentes provenientes de clases sociales subalternas, sin alternativas de trabajo, cuya oportunidad de vida está en la prostitución o en la exploración sexual, personas sin domicilio fijo, rechazadas por los círculos sociales más comunes.

Se identifica, además, que los ingresos de los trabajadores van disminuyendo históricamente. Algunos serán incorporados al mundo del trabajo mediante tercerización, otros a través de “cooperativas”, pero habrá un gran contingente de trabajadores que no conseguirá insertarse en la producción; esa población “sobrante” o “excedente” engruesa las filas de los vendedores o proveedores de servicios autónomos, llenando las calles de las principales ciudades de pequeñas chabolas de productos baratos, mercaderías producidas bajo fuerte explotación. Otra parte se involucrará con el crimen organizado, comercializando drogas ilícitas, mecanismo que torna la existencia de los jóvenes de las periferias mucho más corta y trágica. Así, como resultado directo del desempleo o subempleo, de la represión salarial y de medidas fiscales regresivas, el neoliberalismo desató un proceso de empobrecimiento y una creciente polarización entre ricos y pobres (Laurell, 1995).

En este trabajo, ante las consideraciones teóricas adoptadas, las personas bajo análisis atendidas por la URD se incluyen en la posición de “sobrantes” o “excedentes”. Siendo doblemente marginados, sea por pertenecer a un ejército de reserva que tiene poca o ninguna posibilidad de ser accionado por el sistema productivo, sea por la forma para ganarse la vida a través de actividades consideradas ilícitas o por mostrar comportamientos considerados “desviados”.

Procedimientos metodológicos

Esta investigación estratégica, de naturaleza evaluativa, utilizó métodos cualitativos para aprehensión del objeto. Desde esa perspectiva, se utilizaron los fundamentos de la evaluación iluminativa, usados en el área de educación para evaluar programas de educación en salud, en el ámbito de drogas y SIDA (Soares & Jacobi, 2000).

La URD desarrolla grande parte de sus actividades en el territorio donde comúnmente los reductores de daños pueden tener acceso a las personas que atienden (el campo). Los campos traducen los espacios ocupados por:

1. trabajadoras sexuales (calle o casas de shows eróticos)
2. personas que consumen drogas (fábricas abandonadas, viaductos y puentes)
3. trabajadores sexuales
4. adolescentes bajo exploración sexual
5. jóvenes que se divierten en parques, consumiendo o no drogas
6. lesbianas que frecuentan parques y ofrecen trabajo sexual
7. HSH
8. travestis

Los 19 participantes de esta investigación fueron seleccionados a partir de un vínculo con la URD de por lo menos un año, ubicándolos durante visitas al campo, donde son generalmente contactados para las acciones del programa, e invitándolos a participar voluntariamente en esta investigación. Considerando los mismos criterios de selección para todas las categorías en los diferentes campos, se invitaron a dos representantes mayores de 18 años de cada categoría.

La información fue colectada a través de entrevistas semiestructuradas, que permiten combinar preguntas cerradas y abiertas, posibilitando varios ángulos de aprehensión del objeto. Las entrevistas, realizadas en un lugar elegido por los participantes, fueron grabadas con consentimiento de los entrevistados y duraron aproximadamente una hora, período previamente pactado. Las declaraciones fueron analizadas con base en las indicaciones de Bardin (1977) sobre análisis de contenido temático, teniendo en cuenta las orientaciones de Demartini (2001), que destaca la procesualidad del análisis del discurso oral.

Se siguieron las directrices de la Resolución 196/96, siendo sometido a aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo (USP) y del Comité de Ética en Investigación de la Prefectura de la Ciudad de Santo André.

Resultados y discusión

La URD fue evaluada positivamente por todos los entrevistados, que expresaron satisfacción con las acciones desarrolladas. Las personas reiteraron que antes de conocer a RD no cuidaban y no daban importancia a su salud. Algunos tenían vergüenza de buscar servicios de salud, otros no pensaban o no sabían cómo cuidar su salud: no usaban preservativos durante el coito vaginal, anal u oral. Sin orientación sobre salud, algunos usaban preservativos, pero los consideraban dispensables, a menudo, tomando como base la apariencia de las personas para decidir sobre su uso.

En general, los cambios identificados después del contacto con la URD fueron: reducción del consumo de alcohol y otras drogas; mayor protección contra las enfermedades de transmisión sexual por medio de vacunas; mayor acceso a los preservativos; mayor procura por servicios de salud; mayor resistencia con los clientes que desean tener sexo sin preservativo; mejor cuidado con la salud de manera general; disminución del material compartido para el consumo de drogas; mayor capacidad de decisión en función del conocimiento e información. También, consideraron que el programa tiene un enfoque humanizado, al posibilitar un espacio para escucharlos, responder a sus dudas, ayudarlos y

orientarlos, lo que les proporcionó una sensación de seguridad y protección. Además, los sujetos valoraron el trabajo por ser regular y continuo, a diferencia de los que tienen una perspectiva apenas puntual.

Según los entrevistados, el momento en que se los acogió fue un momento muy particular de integración con el equipo de reductores de daños al: intercambiar información, disiparse las dudas y posibilitarse reflexiones sobre situaciones especiales o sobre decisiones que irían a tomar. En la acogida se construyó cierta complicidad y bastante confianza, una vez que las personas percibieron que el sigilo fue respetado.

Los entrevistados manifestaron que las acciones de la URD traspasaron el nivel de prevención de daños a la salud, al promover mayores transformaciones: se percibieron más conscientes de sus derechos y con más respeto a sí mismo; aprendieron a protegerse de los clientes agresivos y a defenderse de malos tratos; se sintieron más maduros y equilibrados con el conocimiento adquirido; demostraron mayor respeto a sí mismos, menos vergüenza y miedo para buscar ayuda.

Se percibieron diversas debilidades y dificultades relacionadas al funcionamiento de la URD, entre ellas: presencia inconstante y demora del programa para regresar a algunos campos, sugiriendo que los reductores de daños conversen más con los usuarios y no limitar su trabajo a distribuir preservativos, siendo que algunos sugirieron no realizar las conversaciones en la calle y que la conversación sea realizada, también, con una psicología.

Hay un evidente enaltecimiento de las ventajas que el programa ofrece, dado que posibilita un momento para escucharlos y facilitar el acceso a diversos servicios de salud. También, se consideraron importantes: la distribución de insumos y las orientaciones sobre prevención de enfermedades transmisibles y otros problemas de salud.

Muchos de los entrevistados elaboraron sugerencias claras y pertinentes para mejorar el programa, proponiendo reivindicaciones no sólo de naturaleza técnica, sino también política,

evocando las necesidades de los grupos más estigmatizados y apoyo a la formación de asociaciones. Para Schraiber y Mendes-Gonçalves (1996:31) “la voz excluida casi siempre pertenece a sujetos considerados técnicamente inaptos para hablar, lo que invalida sus pronunciamientos, cuando eso eventualmente ocurre”.

Los entrevistados encontraron dificultades asistenciales claramente relacionadas con la gestión/administración de los servicios de salud de la ciudad. Los servicios parecen clasificar a los excluidos en general en una categoría que los homogeneiza y, por tanto, también homogeneiza sus necesidades. Por consiguiente, son considerados un colectivo homogéneo y simplificado, identificado como los pobres, único atributo válido para la salud pública hegemónica (Soares, 2007).

La atención prestada por los centros de salud de la prefectura y Núcleo de Atención Psicosocial(NAPS) fue percibida como más apropiada que la de los pronto socorros y hospitales, lo que atesta una implementación más adecuada de la atención básica en salud y de los servicios de salud mental.

Brites (1999) señala la importancia de desarrollar acciones de RD en situaciones concretas, muy diferente de lo que puede ser percibido como ideal por los servicios de salud. A menudo, la población que atiende la URD está cansada de imposiciones institucionales y sociales que no tienen la menor condición de ser cumplidas, tales como, la exigencia de abstinencia como condición para recibir tratamiento. Esas imposiciones han provocado que los usuarios que necesitan de atención de salud se queden sin atención: los servicios de salud no consideran aceptable alternativas para la abstinencia, como disminuir el consumo de ciertas drogas o cambiar por otras consideradas menos problemáticas. El estudio de Brites (1999: 40) hace hincapié en la necesidad de tratar al usuario como un “sujeto social”.

En esa dirección está la perspectiva de la salud colectiva, que concibe la RD de manera ampliada y busca, ante una explicación estructural del consumo de drogas:

- oponerse al liberalismo implícito en la concepción de la nueva salud pública de que los individuos nacen libres e iguales y tienen libertad de tomar decisiones, apostando a una postura basada en la visión marxista, que explica que los hombres están sometidos a sistemas de explotación y que, por consiguiente, hay desigualdades de reproducción social entre ellos;
- contraponerse a los dictámenes funcionalista de que los usuarios son sujetos individuales y “disfuncionales”, que precisan ser corregidos para que el sistema vuelva a equilibrarse, apostando en la lectura marxista que percibe el consumo como fruto de las contradicciones de las formas de reproducción del capitalismo contemporáneo
- contraponerse a la idealización de una sociedad sin drogas e individuos abstinentes, analizando concretamente la mercantilización de las drogas lícitas o ilícitas, atendiendo, sin escrúpulos, a diferentes necesidades de alteración de la psicoactividad
- reiterar la noción de historicidad del fenómeno de las drogas, señalando que la envergadura que ese asume en nuestros días combina con valores predominantes de sacar provecho de todo, rápidamente, y por sí mismo
- reiterar la salud como derecho social, incluyendo a los usuarios de drogas en su población objetivo, resistiendo a la dirección actual del metabolismo Estado-capital-trabajo, que transforma los derechos en mercancías
- desarrollar prácticas sociales y de salud no restrictas al control de las drogas ilícitas y que no criminalicen a sus consumidores
- denunciar las desigualdades de reproducción entre las clases y promover la comprensión de las raíces de los problemas relacionados con el consumo de drogas en las diferentes clases sociales (Soares, 2007, p. 131).

Después del contacto con la URD, muchos cambios que se procesaron trascendieron al cambio de hábitos individuales, los entrevistados también manifestaron que algunos conocidos y amigos, que tampoco cuidaban de su salud, fueron influenciados indirectamente por las orientaciones de la URD.

Conclusiones

Se puede concluir que la URD es un instrumento para que el grupo social al que se dirige pueda alcanzar sus derechos sociales y, especialmente, el derecho a la salud. Varios apuestan en ese sentido: las personas se refieren a RD como un facilitador, un intermediario entre demandas presentadas y servicios de salud y sociales; posicionándose como ciudadanos, no comportándose como subalternos en los servicios para los cuales son referidos por la URD; también se convirtieron en agentes de derechos sociales, pues compartieron la información obtenida, refiriendo a otras personas para que sean atendidas en instituciones donde ya fueron atendidos; evaluaron críticamente la URD, sugiriendo algunas mejoras, demostrando conocimiento y familiaridad con la Unidad y confianza para criticar y sugerir, sin temor de represalias en la atención; fue evidente el vínculo y la confianza de las personas en la URD, verbalizando deseos y solicitudes y contribuyendo para la construcción del servicio de salud que, por otra lado, necesita mejorar, como indicado por los entrevistados.

Según los entrevistados, la continuidad de la URD debe ser garantizada por el poder público. Esta es una propuesta positiva para acoger, hacer seguimiento y referir a los usuarios, que respeta los derechos humanos de un grupo social marginado.

Por último, cabe señalar que la evaluación de programas, aunque reconocida por la comunidad académica, y muchas veces por los servicios de salud, es un área que carece de diseño e implementación. La voz de los usuarios del programa contribuye para percibir sus limitaciones y potencialidades, pero, ciertamente, la URD se beneficiaría con la continua monitorización de las acciones.

Referencias

Acserald, G. (2005) A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: Acserald, G. *Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos* (p.183-212). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Asociación Civil El Retoño. (2003). Reducción de daños entre usuarios y usuarias de drogas en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. *Infosida*. 3(3), 64-67.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. (2001). *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília.

Breilh, J. (1995). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología*. Quito: CEAS.

Brites, C.M. (1999). *Uso de droga injetável e redes de interação social: prazer e cuidados com a saúde, é possível?* (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1999).

Canoletti, B.; Soares, C.B. (2005). *Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001*. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9 (16), 115-29.

Demartini, Z.B.F. (2001). *A questão da análise no processo de pesquisa*. In: Lang, ABSG. *Desafios da pesquisa em ciências sociais* (p.49-72) São Paulo: CERU.

Fonseca, E.M. (2005). *Política de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros*. (Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2005).

Fonseca, E.M.; Bastos, F.I. (2005). *Política de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências Americana, Britânica e Brasileira*. In: Acserald, G. *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos* (289-310). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Karam M.L. (2003). *Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo*. In: Sampaio, C.M.A., & Campos, M.A. *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos* (45-97). Rio de Janeiro: ABORDA.

Kessler, L.L. (2005). *Vem comigo! No caminho eu explico*. (Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2005).

Laurell, A.C. (1995). *Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo*. In: Laurell, A.C. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo* (151-78). São Paulo: Cortez.

Mesquita, F.; Bastos, F.I. (Orgs) (1994). *Drogas e Aids: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec.

Novaes, H.M.D. (2000). Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*. 34 (5), 547-59.

Paes, P.C.D. (2002). Tá Legal: construindo uma política pública de redução de danos no Estado do Mato Grosso do Sul, fronteira com a Bolívia. Campo Grande: Microart.

Santos, M. (1998). O espaço do cidadão. São Paulo: Nobel.

Sschraiber, L.B., & Mendes-Gonçalves, R.B. (1996). Saúde do adulto: Programas e Ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec.

Soares, C.B., & Jacobi, P.R. (2000). Adolescentes, drogas e Aids: avaliação de um programa de prevenção escolar. *Cadernos de Pesquisa*, 109, 213-37.

Soares, C. B., & Campos, C.M.S. (2004). A responsabilidade da universidade pública no ensino da prevenção do uso prejudicial de drogas. *O Mundo da Saúde*, 28 (1), 110-115.

Soares, C. B., Campos, C. M. S., Leite, A.S., & Souza C.L.L. (2009). Juventude e consumo de drogas: oficinas de instrumentalização de trabalhadores de instituições sociais, na perspectiva da saúde coletiva. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, 13 (28).

Soares, C.B. (2007). Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva. (Tese de Livre-docência, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007).

Veloso, L., Carvalho, J., & Santiago, L. (2004). Redução de danos decorrente do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: Bravo, M.I.S., Vasconcelos, A.M., Gama, A.S., & Monnerat, G.L. *Saúde e serviço social* (165-78). Rio de Janeiro: Cortez.



Medicina Social

Salud Para Todos