



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CÁTEDRA UNESCO DE BIOÉTICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**ANDRÉA LEITE RIBEIRO**

**USUÁRIO DE DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA NUMA PERSPECTIVA  
INTERSECCIONAL DE RAÇA, CLASSE E GÊNERO: ANÁLISE BIOÉTICA DA  
(NÃO) RESPONSABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE**

Brasília-DF

2019

**ANDRÉA LEITE RIBEIRO**

**USUÁRIO DE DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA NUMA PERSPECTIVA  
INTERSECCIONAL DE RAÇA, CLASSE E GÊNERO: ANÁLISE BIOÉTICA DA  
(NÃO) RESPONSABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, da Universidade de Brasília, na linha de pesquisa Situações persistentes em Bioética e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Wanderson Flor do Nascimento

Brasília-DF

2019

Ficha catalográfica elaborada automaticamente, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R484u

Ribeiro, Andréa Leite

Usuário de drogas em situação de rua numa perspectiva interseccional de raça, classe e gênero: análise bioética da (não) responsividade do sistema de saúde / Andréa Leite Ribeiro; orientador Wanderson Flor do Nascimento. -- Brasília, 2019.

181 p.

Tese (Doutorado - em Bioética) -- Universidade de Brasília, 2019.

1. Bioética de Intervenção. 2. Drogas. 3. População de rua. 4. Saúde e Vulnerabilidade. 5. Racismo. I. Flor do Nascimento, Wanderson, orient. II. Título.

**ANDRÉA LEITE RIBEIRO**

**USUÁRIO DE DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA NUMA PERSPECTIVA  
INTERSECCIONAL DE RAÇA, CLASSE E GÊNERO: ANÁLISE BIOÉTICA DA  
(NÃO) RESPONSABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, da Universidade de Brasília, na linha de pesquisa Situações persistentes em Bioética e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora em Bioética.

Aprovada em: 25/02/2019

**BANCA EXAMINADORA**

Wanderson Flor do Nascimento  
(Presidente/Orientador) - Universidade de Brasília

Antonio Nery Alves Filho  
Avaliador Externo – Universidade Federal da Bahia

Andrea Donatti Gallassi  
Avaliadora - Universidade de Brasília

Volnei Garrafa  
Avaliador - Universidade de Brasília

Natan Monsores de Sá  
Avaliador Suplente - Universidade de Brasília

*Aos meus ancestrais e todas/os aqueles que abriram portas, me antecederam e  
contribuíram para que fosse possível que eu, enquanto uma mulher negra,  
nordestina, buscasse o grau de doutora em Bioética em uma universidade pública  
brasileira.*

## AGRADECIMENTOS

A minha mãe e meu pai (*in memoriam*) que sempre me fizeram acreditar que eu poderia me arriscar em qualquer oceano. Agradeço ainda aos que constituíram a minha novela familiar Leite e Ribeiro.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Wanderson Flor, por quem tenho imenso respeito, amor e admiração pela forma acolhedora e leve com que conduziu o meu processo de aprendizagem, me orientando com paciência, simplicidade e afeto.

Ao meu mestre Prof. Dr. Nery Filho que me apresentou e me estimulou a seguir pelos caminhos da Bioética e pelo carinho e conhecimento compartilhado desde sempre.

Ao Prof. Dr. Volnei Garrafa pela tenacidade e vivacidade com que compartilha o seu conhecimento em sala de aula, pela sua amizade acolhedora que foi se estabelecendo nessa caminhada, pelo respeito e estima que seguirá em nossas vidas. Agradeço ainda pelas palavras de incentivo e dedicação, para que a minha permanência no doutorado fosse uma realidade, especialmente nos momentos mais tenebrosos dessa jornada.

Ao Prof. Dr. Natan Monsores, pelo apoio para que eu continuasse a acreditar na possibilidade de caminhar por caminhos não comuns para mulheres negras, em nome de quem agradeço a todos os docentes do programa.

Pelo estímulo, paciência, generosidade e parceria de Raquel Turcci, Zila Sanches, Sheila Murta, Daniela Schineider, Cristiane Fulgêncio, Juliane Andrade, Diana Paim, Dilian Adelaine, Dalvina do Nascimento, Gabriella Nunes, Leonardo Oliveira, Patricia Flach e Leila Oliveira, todas flores especiais que generosamente ajudam a manter o meu jardim vivo.

Aos meus amigos não brasileiros Cristina Chissico, Helder Francisco, Camilo Manchola, Gregor Burkhart, Roman Gabrhelik, Tereza Escobar, Ruth Estrada, Hendree Jones, Juliana Mejía, Augusto Pérez, Jan Solbakk, que ao longo do curso de doutoramento, se juntaram a mim, com cuidado, respeito, compartilhando o seu conhecimento e afeto.

Ao Prof. Dr. Cláudio Lorenzo pelo seu precioso tempo e admirável estímulo intelectual, em nome de quem agradeço do mesmo modo, a todas/o do observatório da saúde da população negra/NESP-UnB.

À Profa. Dra. Dais Rocha por me oportunizar contribuir com a universidade no lugar de apoiadora e pesquisadora do projeto de extensão Interprofissional para Promoção da Saúde e Prevenção às violências em Escolas e Comunidade da FS/UnB -, contribuindo com a comunidade e com a academia mesmo no processo de doutoramento, em nome de quem agradeço a toda às docentes, preceptoras e extensionistas.

À Joquebede Oliveira pela parceria na inovação da apresentação da conclusão.

À Vinicius Dias e Jorge Alencar pelas discussões honestas sobre as masculinidades.

À querida Paulina Duarte, que ao me convidar para Brasília, não dimensionava a revolução que estava por possibilitar à minha vida.

À Maria Luiza pela competência com que me auxiliou no mergulho em mim mesma, sem deixar eu me perder no oceano existencial do meu lugar de mulher, negra.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Distrito Federal- FAP/DF pelo valioso suporte financeiro através do apoio para a participação em evento e visitas técnicas internacionais.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pelo valioso suporte financeiro através da bolsa de estudos.

## RESUMO

Esta pesquisa está centrada no tema da saúde dos usuários de drogas em situação de rua desde o campo da bioética e objetiva analisar os obstáculos para a não responsividade do sistema de saúde para esses usuários de drogas e em situação de rua, a partir do diagnóstico realizado pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Trata-se de pesquisa teórica, em que as discussões foram guiadas pela teoria da Bioética de Intervenção, devido ao seu pioneirismo e relevância para as questões bioéticas relacionadas à pobreza, exclusão social e desigualdade socioeconômica em países da América Latina, como o Brasil, bem como pelo seu caráter militante contra as iniquidades e desigualdades sociais. A fim de alcançar os resultados, foram utilizados dois resultados que compõem a pesquisa “Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil”, realizada pela Fiocruz e publicada em 2014 e que entrevistou usuários de drogas em cenas de uso em todo o Brasil, sendo essas o perfil dos usuários de drogas em cena de rua e da resposta destes quanto aos elementos importantes para a utilização dos serviços que fazem parte do sistema de saúde. A utilização da referida pesquisa se dá pelo difícil acesso aos usuários de drogas em situação de rua para a coleta de dados. A temática relacionada ao alcance dos serviços de saúde ofertado pelo governo brasileiro a esse grupo populacional apresenta relevância bioética, uma vez que está intrinsecamente ligada a abordagens teóricas e práticas com um enfoque comportamental e moral de culpabilização das pessoas que fazem uso problemático pela sua condição de indigência, não reconhecendo o quanto o racismo institucional repercute para a efetiva atenção à saúde deste grupo. Tal perspectiva desconsidera que existem interesses políticos e econômicos que sustentam uma trama discursiva que desqualifica e marginaliza o usuário de drogas e em especial o jovem negro, que está em situação de vulneração por estar na rua. O reflexo se dá na forma como é organizado e ofertado o serviço de saúde, afetando o efetivo alcance da assistência necessária. Compreende-se que o passado escravagista, marca a forma como a sociedade trata os jovens homens negros, usuários de drogas e em situação de vulneração. Tal conclusão se dá a partir da leitura do perfil dos usuários, apontado pela Fiocruz e do cruzamento do quanto as questões relacionadas a raça, classe e gênero são marcadores fundamentais para a compreensão de como o sistema de saúde opera para o não cuidado dos negros no Brasil, sendo imperativo que a sociedade, profissionais e gestores se comprometam eticamente com a saúde desses usuário. Esta pesquisa contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

**Palavras-chave:** Bioética de Intervenção. Drogas. População de rua. Saúde. Vulnerabilidade. Racismo.

## ABSTRACT

This research focuses on the health of street drug users from a bioethical perspective and aims to analyze the obstacles to the non-responsiveness of the health system to street drug users, based on the diagnosis made by the Oswaldo Cruz Foundation - Fiocruz. This is a theoretical research, in which the discussions were guided by the theory of Intervention Bioethics, due to its relevance to the bioethical issues related to the circumstances of poverty, social exclusion and socioeconomic inequality present in Latin America, especially in Brazil, as well as its militant character against social inequities and inequalities. In order to achieve the results, two results that compose the research entitled "Profile of users of crack and/or similar in Brazil" –conducted by Fiocruz, published in 2014 and that interviewed drug users in scenes of use throughout Brazil-, were used: the profile of street drug users and their response to the important elements for the use of the services that are part of the health system. This research was used due to difficult access to street drug users for data collection. The scope of health services offered by the Brazilian government to this population has bioethical relevance, since it is intrinsically linked to theoretical and practical approaches with a behavioral and moral focus of blame of the people who make problematic use by their condition of indigence, not recognizing how much institutional racism affects the effective health care of this population. Such a perspective overlooks the fact that there are political and economic interests that support a discursive fabric that disqualifies and marginalizes the drug user and especially the young Negro, who is in a situation of vulnerability associated to being on the street. The reflex is in the way the health service is organized and offered, affecting the effective reach of the necessary assistance. The slavery past marks the way in which society treats young black men, drug users and in a situation of vulnerability. This conclusion is based on the profile of street drug users, as pointed out by Fiocruz, and on the cross-referencing of how questions related to race, class and gender are fundamental markers for the understanding of how the health system operates for the neglect of blacks in Brazil. It is imperative that society, professionals and managers commit themselves ethically to the health of these users. This research was financially supported by the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel - CAPES.

**Keywords:** Intervention Bioethics. Drugs. Population of the street. Health. Vulnerability. Racism.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Triangulação sujeito, substância e contexto sócio-cultural.....	33
Figura 2 - Contexto histórico da moral hipócrita sobre drogas .....	34
Figura 3 - Triângulo de Matus .....	37
Figura 4 - Triângulo interseccional .....	39
Figura 5 - As políticas sobre drogas no Brasil .....	112
Figura 6 - Livre adaptação da estrutura para a criação de <i>storytelling</i> , com o Arco de Maguerez .....	143
Figura 7 - Livre adaptação do Arco de Marguerez, com o indicativo numérico para a elaboração do <i>storytelling</i> .....	146
Figura 8 - Diagrama - Usuários de drogas e em situação de rua, raça, classe e gênero: análise bioética da (não) responsividade do sistema de saúde .....	148

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero - Sintomas do choro.....	49
Quadro 2 - Quadro analítico dos artigos da DUBDH, demanda dos usuários de drogas e princípios norteadores da prática bioética .....	126

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Aspectos importantes em um serviço de assistência para pessoas que usam drogas, sob o ponto de vista do usuário de drogas e/ou similares, no Brasil, 2012 .....	123
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Americana de Psiquiatria
BI	Bioética de Intervenção
CAPES	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Tipo III
CdeR	Consultório de Rua
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CID	Classificação Internacional de Doenças
CnaR	Consultório na Rua
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PCRI	Programa de Combate ao Racismo Institucional
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem
PNH	Política Nacional de Atenção Básica e com a Política Nacional de Humanização
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
POPRUA	População em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REB	Extrato do Resto do Brasil
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## SUMÁRIO

<b>PREÂMBULO: O AFETAR-SE: SITUANDO O OLHAR E O TORNAR-SE MULHER NEGRA .....</b>	<b>14</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 RESPONSABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO, SAÚDE DO HOMEM E INTERSECCIONALIDADE .....</b>	<b>42</b>
2.1 RESPONSABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO PARA USUÁRIOS DE DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA.....	42
2.2 A SAÚDE DO HOMEM: DA CONSTRUÇÃO DA MASCULINIDADE A SUA MAIOR SUSCETIBILIDADE AO USO PREJUDICIAL DE DROGAS.....	45
2.3 INTERSECCIONALIDADE E O RACISMO ENQUANTO MARCADOR SOCIAL PARA A RESPONSABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE .....	69
2.4 INTERSECCIONALIDADE E AS MÚLTIPLAS VULNERABILIDADES .....	71
<b>3 RACISMO, POLÍTICAS PÚBLICAS E A AMPLIAÇÃO DO OLHAR .....</b>	<b>79</b>
3.1 ESCRAVIDÃO, RACISMO, RACISMO INSTITUCIONAL E O INFELIZ LEGADO PARA OS/AS USUÁRIOS/AS DE DROGAS NO SUS .....	79
3.2 RACISMO INSTITUCIONAL .....	83
3.3 A POLÍTICA PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA .....	89
3.4 A POLÍTICA PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA .....	92
3.5 A POLÍTICA PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	94
3.6 MATIZANDO O PROBLEMA: COLONIALIDADE, BIOPODER, NECROPOLÍTICA E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DO VULNERADO USUÁRIO DE DROGAS .....	97
<b>4 A PESQUISA DA FIOCRUZ E ANÁLISES BIOÉTICAS .....</b>	<b>106</b>
4.1 USO PREJUDICIAL DE DROGAS E VULNERADOS USUÁRIOS DE DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA URGENTE REFLEXÃO BIOÉTICA(S) .....	106
4.2 PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA: ACHADOS DA PESQUISA NACIONAL SOBRE O USO DE CRACK .....	112
4.3 PERFIL DOS USUÁRIOS DE CRACK E SIMILARES NO BRASIL E A BIOÉTICA .....	116

4.4 ANÁLISE E DISCUSSÃO BIOÉTICA DOS “ASPECTOS DE SAÚDE E ACESSO A SERVIÇOS DE ATENÇÃO POR USUÁRIOS DE CRACK E/OU SIMILARES: RESULTADOS DO INQUÉRITO NACIONAL” .....	121
4.5 ACHADOS DA PESQUISA DA FIOCRUZ: UMA ANÁLISE BIOÉTICA EMERGENTE.....	122
<b>5 REFLEXÃO ANALÍTICA.....</b>	<b>124</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>141</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>154</b>
<b>ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DO INQUÉRITO DA FIOCRUZ “QG2 (B). QUE ASPECTOS UM SÉRVIO DE ASSISTÊNCIA PARA PESSOAS QUE USAM DROGAS SERIAM MAIS IMPORTANTES PARA VOCÊ DECIDIR SE USARIA UM SERVIÇO OU NÃO?” .....</b>	<b>170</b>
<b>APÊNDICE 1 - QUADRO - CATALOGAÇÃO DE TEXTOS REFERENTES A PESQUISA NO PUBMED.....</b>	<b>171</b>

## **PREÂMBULO: O AFETAR-SE: SITUANDO O OLHAR E O TORNAR-SE MULHER NEGRA**

A dimensão do lugar da pesquisadora, com redação na primeira pessoa, será trazida aqui devido à convergência da temática e do processo de elaboração subjetiva e analítica da pesquisadora com o processo de construção teórica, considerando que:

A ciência vai muito além da sua mera prática. Por trás das fórmulas complicadas, das tabelas de dados experimentais e da linguagem técnica, encontra-se uma pessoa tentando transcender as barreiras imediatas da vida diária, guiada por um insaciável desejo de adquirir um nível mais profundo de conhecimento e de realização própria<sup>(1)</sup>.

Ressalta-se que o ser social não se separa da subjetividade desse ser. O meu processo de pesquisa e elaboração dessa tese de doutoramento passou pelo processo de desconstrução da mulher que eu fui antes deste estudo e dos caminhos percorridos até aqui, com a construção da mulher negra que apresenta essa pesquisa.

Ao longo dos cinco anos (contabilizando o período de curso como aluna especial), percorri o caminho de observação, identificação, não aceitação das prescrições sociais nas quais estive inserida ao longo da minha vida sem percepção dessas e com as quais tive que lidar para continuar o estudo. O processo de escrita não passou ileso do meu processo de percepção do ser mulher negra, bem como do processo de saída da alienação dessa ausência de percepção.

O desejo de adquirir conhecimentos, para poder contribuir para que gestores e tomadores de decisões quanto ao modelo para a efetiva responsividade do sistema de saúde para o usuário de drogas, não foi possível sem me dar conta da alienação em que vivi até aqui.

Perceber-me constituída em uma sociedade estruturalmente racista e, desse modo, mesmo sendo mulher negra, também potencialmente racista, me fez passar por um vale de conflitos e sofrimentos que me paralisaram por praticamente um ano, sem produção teórica e com não valorização do meu objeto de pesquisa.

O choro, a insônia e a depressão foram inevitáveis e compartilhar esse processo aqui nesse trabalho acadêmico também tem a função de marcar como o racismo estrutural opera, inclusive por meio dos corpos negros como o meu. Trata-se de compartilhar que, apesar de ter uma ética, essa pesquisadora também foi constituída nos fundamentos do sistema racista.

O número de estudantes universitários e de pós-graduação que passam por sofrimento mental no seu processo acadêmico vem subindo exponencialmente. No ano de 2018, mais de 10 alunos da Universidade de Brasília, campus Darcy Ribeiro (onde fica o Programa de Pós-graduação em Bioética) cometeram suicídio, pelos mais diversos motivos. Alguns desses o fizeram nas dependências ou em datas marcantes para a universidade, como o início do ano letivo. Diversas pesquisas e a própria vivência de discente me permitiram presenciar o quanto existe de exigência e atividades a serem desenvolvidas. Para muitos estudantes, o educador orientador faz o papel de quem produz mais estresse e sofrimento para o processo educativo. Pontuo aqui o lugar do orientador acadêmico no quesito relacionado ao sofrimento psíquico do estudante de pós-graduação, para prestigiar o lugar do orientador desta pesquisa, que se colocou/a como verdadeiro mestre, que acompanha e compreende o processo evolutivo individual e acadêmico da orientanda, com uma conduta ética, sem desprezar a atenção à pesquisadora e nem à pesquisa. Considero essa relação como um privilégio. Os encontros de orientação eram permeados de afeto e cuidado quanto ao mundo que se descortinava para mim e da forma como esse olhar para fora, que na verdade era para dentro, me afetava a cada leitura, a cada descoberta, a cada percepção. Alienada dentro do sistema, eu fui me desconstruindo de forma determinante no processo de elaboração desta pesquisa.

Como será tratado adiante, a forma como o racismo opera nas pessoas não se trata, necessariamente, de torná-las um ser humano bom ou mau ou de ser, necessariamente, um desvio de caráter. Trata-se de um processo histórico, ainda em curso que afeta a forma de vida da nossa sociedade.

Finalizo os anos de pesquisa e estudos do doutorado em ética da vida melhor que antes, com o meu pequeno mundo ainda bagunçado e com um longo caminho a ser percorrido para uma possível e mínima organização, em um país fortemente ancorado pela desigualdade e racismo.

Aqui o que se marca é o meu lugar de pesquisadora, que consegue se destravar e prosseguir na pesquisa, quando aceita que esteve alienada quanto às discussões sobre os impactos da questão racial para os modos de viver e de morrer (não apenas para os usuários de drogas, mas do meu também).

O processo de cobrança por ser mulher negra, por um conhecimento que eu não detinha, acompanhado da culpa devido à ignorância do que hoje me parece óbvio,

que é o entendimento de que ser negra comunica algo e o sistema é estruturado a partir de uma perspectiva racista, foi extremamente sofrido.

Eu não sabia de onde eu partia ao iniciar esta pesquisa. Acreditava que partia do lugar de indignação, de uma profissional que desde 2004 atua na assistência ou gestão de políticas, programas e projetos de prevenção e tratamento no campo das drogas. Acreditava que o meu ponto de partida era a luta pela justiça social e dignidade de todas as formas de vida e em defesa da responsividade do sistema de saúde para os usuários de drogas em situação de vulnerabilidade, militância e temática estreitamente dialogada com a Bioética de Intervenção.

Enquanto assistente social, que tem por princípio primeiro atuar nas questões sociais e intervir na realidade concreta para a “emancipação dos sujeitos coletivos”, dentre elas, notadamente o racismo, me aceitar alienada foi um processo doloroso que a investigação me demandou vivenciar.

No âmbito desta pesquisa, foi possível perceber o quanto a minha formação foi precária nesse sentido, ainda que a literatura apresente que essa precariedade não é uma deficiência minha, individual. A assistente social e pesquisadora Marcia Eurico<sup>(2)</sup> apresenta enquanto parte das reflexões da sua dissertação de mestrado o quanto a categoria precisa avançar na execução do seu projeto ético político, evidenciando que o debate sobre as questões étnico-raciais ainda é incipiente, carecendo de sistematização e discussão. Aponta ainda que:

O trabalho do assistente social sofre interferências do racismo institucional, que fortalece a naturalização e a culpabilização da população negra por sua permanência majoritária nas camadas mais vulneráveis da sociedade, dificultando a proposição de ações que modifiquem essa realidade racialmente fundada<sup>(2)</sup>.

Apenas a partir da aceitação de que também fui forjada em uma sociedade com os signos racistas, pude voltar a pesquisar, escrever e entender que o sofrimento faz parte do amadurecimento enquanto ser social, que possui uma subjetividade e que também é pesquisadora. Tive a compreensão de que o simbólico se constrói nas relações com o social e que o fato de ser mulher, negra, assistente social não me imunizava nem da ignorância e nem do racismo estrutural sofrido ou provocado.

Desse modo, considerando que não tenho o poder de determinar as minhas representações sociais, seguirei sendo mulher negra (com orgulho e de fato) e com condições para lidar com a minha novela familiar e com o que a minha existência comunica ao outro.

Assim, certamente, essa é a seção da tese que me apresentou maior desafio para a elaboração da narrativa e argumentação, em que, para além do já exposto, destaco dois aspectos que permeiam o desafio.

O primeiro se dá pela pesquisa quase empírica que foi processada ao longo do doutoramento. Apesar de ser uma mulher negra, como introduzido anteriormente, a perspectiva de raça nunca fez parte dos meus estudos e observações. Filha de um pai negro retinto e de mãe parda, de olhos claros, de classe média e protegida (dentro do possível) de privações e da violência de diversas ordens, a questão racial não aparecia nas nossas vidas. O mito da democracia racial faz parte da minha novela familiar e a questão racial era escamoteada pela questão social. Nunca morei em comunidade periférica, onde a violação de direito de ir e vir é praticada cotidianamente. O privilégio de ter estudado em escola particular, de ter em casa, todos os dias e sem conflitos, meus pais e irmãos, convivendo com a dor e delícia de ser humano em uma terra de desiguais, sendo a única com trajetória acadêmica na minha família (materna e paterna), nunca me fez sentir de verdade o que o processo escravagista de fato ainda afeta o nosso modo de vida.

Meu pai sempre foi um homem que apesar de ter estudado até a quarta série primária, sempre circulou nos mais diversos espaços públicos e privados sendo respeitado, não me fazendo perceber os limites que a minha cor de pele poderia me impor. No entanto, ao sair da cidade que é a mais preta do Brasil e fora do continente africano (Salvador) e ir morar em Brasília, percebi o quanto a cor da minha pele faz sim diferença e que as diferenças de tratamento e de olhares recebidos não se tratavam de uma questão socioeconômica e, sim, racial. Vale ressaltar que não considero que o racismo em Salvador seja menor do que o existente em Brasília, muito pelo contrário. Mas o fato de a negritude estar mais presente em diversos espaços sociais em Salvador, eu não me dei conta da questão racial e nem pensava a respeito, debitando as manifestações do racismo estrutural à questão estritamente de classe.

No entanto, vale enfatizar que não está sendo desvalorizada a importância que a questão social representa no Brasil. Tratava-se de uma alienação/ignorância minha. Assim, de forma tardia e com muito sofrimento, a lente do racismo passa a fazer parte da minha percepção de mundo e dos meus estudos.

A perspectiva racial, certamente, foi o ponto mais difícil de trabalhar nesta pesquisa quer seja pela cortina de fumaça que não me permitia enxergar o quanto os meus sofriam, quer seja por eu ter tido o privilégio (do modo como percebo) de ter/ser

uma mulher negra cuja cor da pele nunca impediu de sonhar, desejar e ser quem me constituiu, em alguma medida pela proteção familiar e dos amigos e pela construção de subjetividade, que em de certa maneira me conferiu empoderamento.

Sair da Bahia, morar em Brasília e coordenar a política de prevenção, tratamento e reinserção social da Secretaria Nacional de Política de Drogas (SENAD), a partir do convite realizado por aquela gestão, que compreendeu que eu poderia contribuir com a matéria, só me fez pensar que de fato a questão socioeconômica e racial não era um impedimento para que eu pudesse alcançar diversos espaços ditos de poder, como a gestão de política pública e até mesmo a aprovação no curso de doutoramento, contexto desta pesquisa.

Em Brasília e na SENAD, tive o primeiro contato com a percepção de que a cor da minha pele comunicava algo que até o momento eu acreditava se tratar de uma questão socioeconômica. Isso devido ao fato de não ter nas minhas relações familiares e sociais pessoas que tiveram alguma ligação política ou acadêmica significativa ou que transitassem pelos gabinetes da Esplanada dos Ministérios e que me encaminhassem àquele posto, podendo ser esse o motivo do olhar atravessado. A crença de que existia algo estranho e que não se tratava apenas de uma questão socioeconômica foi se revelando no cotidiano. Um exemplo é que os primeiros contatos que eram realizados com diversos gestores e pesquisadores do país se davam na sua grande maioria por telefone e ao realizar algum tipo de atividade presencial, era comum eu ser surpreendida com a exclamação “Ah! É você quem é a coordenadora de prevenção?!”.

O segundo desafio se deu no cuidado em tratar da questão do racismo institucional de forma macro, fazendo uma confluência de marcadores sociais, o que me fez encontrar o conceito da interseccionalidade, o qual repercute na forma como os usuários de drogas, especialmente aqueles que estão em situação de rua, são tratados e aqui, com o olhar especificamente para fins deste estudo, pelo sistema de saúde.

O determinismo e simplificação com que o senso comum faz a ligação entre pretos, pobres, usuários de drogas e delinquência são muito rápidos e sórdidos. Não considera o passado histórico escravagista, o lugar de colonizados e muito menos os marcadores sociais que estão por trás do agravamento à saúde daqueles que ao longo do seu processo de vida (muitos desde o nascimento) estiveram em desvantagem social. Eurico<sup>(2)</sup> traz:

Na história contada sobre o país há uma lacuna importante quanto ao destino da população negra após a abolição, fruto do silêncio que insiste em ratificar que a injustiça cometida contra essa parcela da população cessou com o fim da escravidão.

O cuidado ao abordar de forma conectada a questão racial, o uso prejudicial de drogas e a responsabilidade do sistema de saúde para os que estão vivendo sob a égide da dupla vulnerabilidade – uso de drogas e condição de rua - pela perspectiva bioética se dá pelo receio em reforçar os discursos racistas, classistas e neoliberais de que pobreza é “coisa de preto”, de que vadiagem/vivência em situação de rua é “coisa de preto”, assim como que o uso prejudicial de drogas é “coisa de preto”. No entanto, fui apaziguada ao me dar conta de que, por mais que os argumentos que serão trazidos abaixo deixem explícito que o racismo é presente no cotidiano da vida dos brasileiros, todo não negro é potencialmente racista, todo negro é uma vida que vale menos e que as políticas de drogas, saúde, segurança e justiça, por vezes, mais vulnerabilizam que protegem. Os que são racistas encontrarão contra-argumento a qualquer fato e/ou pesquisa, dados, estatísticas que venham a ser apresentados.

Por esses dois motivos centrais, reforço que as questões relacionadas à escravidão e ao racismo foram as discussões mais difíceis de fazer e, conseqüentemente, de escrever. Trata-se de estar atenta para não reforçar o discurso dos conservadores, neoliberais e racistas de que o uso de drogas é “coisa de preto, pobre e favelado”, mas sim situar o leitor para que possa compreender os caminhos que levam a maioria esmagadora dos que não completam o Ensino Médio, dos mais de 70% que fazem uso do Sistema Único de Saúde, que vivem em condições indignas, sem saneamento básico e segurança pública, dos que estão nos presídios, nas ruas, que não ocupam cargos de alto escalão, que são a maioria das vítimas de mortes por arma de fogo e mortes evitáveis, que recebem os mais baixos salários, a constituírem o perfil dos usuários de drogas em situação de rua. Esses são apenas alguns elementos que marcam as desigualdades, reforçam estigmas e retiram a esperança.

Retomo ainda esse processo de descortinamento das questões raciais com um exemplo. Mesmo com trajetória de trabalho com população vulnerável, usuária de drogas, desde 2004, uma das primeiras experiências que tive consciência com esse descortinamento no âmbito do ambiente de trabalho (para além de não perceber em cargos gestão e assessoria pessoas pretas) foi em 2013. Nesse período, na SENAD, identifiquei que aqueles que gestavam e pensavam em estratégias interventivas para a execução da política de drogas não percebiam/reconheciam a raça como uma

perspectiva significativa para a forma de prevenção, tratamento e reinserção social dos que fazem uso de drogas. O desenvolvimento de um projeto, numa parceria com uma universidade pública que executava cursos de prevenção direcionada a profissionais e estudantes de todo o país, na modalidade à distância, contemplava como estratégia de aprendizado, a elaboração e filmagem de vídeos. Ao ser apresentada ao primeiro vídeo produzido para aquela edição do curso, identifiquei e chamei a atenção do grupo para o fato de que não existia nenhuma pessoa negra, quer seja retinta ou não. A partir de então, finalmente, a cortina se abriu e passei a ver o mundo e o meu fazer profissional também através do que Wanderson Flor chama de “lente racial”.

Desse modo, trabalhar as interseccionalidades e o racismo, numa perspectiva da Bioética de Intervenção, na reflexão sobre a responsividade do sistema de saúde do uso de drogas, demandou percorrer um caminho não apenas teórico, mas também subjetivo de identificação do que o meu ser (e conjunto da população negra do país) significa para o conjunto da sociedade. Nesse sentido, a tese escrita por uma assistente social segue a ausência da neutralidade no trabalho desenvolvido por nossa categoria profissional, assumindo assim como a Bioética de Intervenção, o seu caráter político.

Justifico algum lapso ou viés que venha a ser identificado, uma vez que a temática demanda mais aprofundamento e pesquisas imersas apenas sobre a questão racial para o usuário de drogas e em situação de rua. Nesse sentido, não foi realizada uma abordagem profunda e que contemple todos os aspectos que perpassam a temática racial no Brasil.

Espera-se que seja possível identificar que os usuários de drogas e em situação de rua, ao serem na maioria homens negros, enfrentam barreiras para a atenção em saúde que estão para além das moralidades implicadas nas diversas maneiras de relação que os sujeitos estabelecem com as drogas. Trata-se também de manifestação social, construída e que rechaça aqueles que possuem relação com o passado escravocrata, em que é relegada às formas indignas de nascer, viver e morrer o Brasil (não apenas).

## 1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde dos cidadãos, e fazendo recorte entre os usuários de drogas e que estão em situação de rua, está no escopo dos direitos sociais que contribuem para a garantia dos direitos humanos, a dignidade humana e a condição de saúde. Desse modo, a saúde integral dos usuários de drogas que são vulneráveis pela condição de viverem em situação de vida ou morte aponta como importante questão a ser discutida pela Bioética – sobretudo com estas bioéticas comprometidas com os direitos humanos –, a busca de garantia de mínimos sociais para pessoas que, pela condição de vulneração, necessitam do apoio do Estado.

Esse trabalho busca trazer reflexões que contribuam tanto para a produção teórica no campo da Bioética, no que se refere aos vulnerados sociais e que estão em situação de rua, quanto para que os achados aprendidos na pesquisa possam contribuir para a vida cotidiana, com a elaboração e aplicação de políticas e práticas do sistema de saúde que efetivamente produzam resolutividade para a saúde integral das pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e que estão em situação de rua.

Desse modo, com o diagnóstico da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), este trabalho objetiva identificar, a partir da Bioética, os obstáculos para a não responsividade do sistema de saúde para usuários de drogas e em situação de rua. Tal propósito se coaduna perfeitamente com as reflexões propostas pela Bioética de Intervenção (BI), uma vez que ela se pauta “pelo reconhecimento e valorização da dimensão social para a análise e compreensão da relação saúde-doença e sua importância na consideração da discussão, elaboração e execução das políticas públicas de saúde”<sup>(3)</sup>.

Reconhecendo a necessidade de tratar não apenas de questões biomédicas e relacionadas às tecnologias (preocupação maximizada por países ricos), mas também das iniquidades e dos impactos gerados pela globalização na relação de países com recursos escassos em detrimento a países ricos, inicia-se na América Latina, com importante protagonismo da Cátedra Unesco de Bioética, da Universidade de Brasília (Brasil), a criação da Bioética de Intervenção (BI), fortemente arraigada de reflexões sociais, a qual é a fundamentação teórica central dessa pesquisa. Traz aportes que permitem analisar a complexidade das moralidades que cercam aqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, buscando dar conta das singularidades. A escolha se dá pelo fato de que a Bioética de Intervenção:

Pretende legitimar, no campo de estudo das moralidades e da aplicação dos valores éticos, uma perspectiva ampla, que envolva os aspectos sociais da produção das doenças, contribuindo para a construção de uma Bioética crítica que possa ser aplicada nos países periféricos e, especialmente, no Brasil<sup>(2)</sup>.

Tal “proposta teórica”, de caráter epistemológico periférico, anti-hegemônica, crítica, militante e interventiva, que tem como objetivo “politizar de modo ético e aplicado o modo de lidar com os conflitos biotecnocientíficos, sanitários e sociais partir da realidade latino-americana”<sup>(5)</sup>, toma a dimensão do corpo como “marco teórico e conceitual”, a partir do “reconhecimento do corpo como parâmetro para a intervenção ética”<sup>(4)</sup>. A dimensão da corporeidade apresentada pela BI não trata apenas de um corpo físico, mas um corpo que por meio dele se apresenta o sujeito, com a sua interação social, física e psíquica. Aborda, portanto, um corpo no qual qualquer análise deve perpassar<sup>(4)</sup>. Essa corporeidade contempla a dimensão social e não apenas a fisiológica<sup>(6)</sup>.

Desse modo, trata-se, de trabalhar com a Bioética enfatizando suas dimensões sociais no campo da saúde. Vale ressaltar que o marco central de análise a ser utilizado é a BI, auxiliado por elementos pontuais da Bioética de Proteção (BP).

Enquanto alcance à saúde, compreendemos a resolutividade do sistema de saúde às necessidades do cidadão (não englobando satisfação), a qual conta com o acesso, a adequação, a eficácia e a qualidade da atenção à saúde, numa perspectiva de justiça sanitária e/ou equidade em saúde.

A proposta inicial desse trabalho se concentrava na promoção da saúde ofertada pelo Projeto Consultório **na** Rua (CnaR) (inspirado pela experiência baiana denominada Consultório **de** Rua – CdeR), o qual foi transformado em política pública do Ministério da Saúde (MS), no departamento de atenção básica, destinado ao atendimento integral da população de rua. De acordo com o MS, a principal estratégia para o alcance a pessoas usuárias de drogas que estão em situação de rua é o CnaR.

O projeto Consultório **de** Rua nasceu na Bahia, tendo como idealizador um médico também estudioso do campo da Bioética clínica, o qual concebe o projeto CnaR a partir de princípios da Bioética de Intervenção, da Bioética de Proteção e da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos<sup>(7)</sup>.

Alinhado com essa perspectiva, consideramos que para a atenção ao usuário de drogas e em situação de rua, é necessário levar em conta:

- ✓ Primeiro, a pessoa;

- ✓ O respeito aos sujeitos e seus contextos para o consumo prejudicial (ou não) de substâncias psicoativas;
- ✓ Respeito pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, no que tange especialmente ao:
  - Artigo 3º Dignidade humana e direitos humanos;
  - Artigo 5º Autonomia e responsabilidade individual;
  - Artigo 8º Respeito pela vulnerabilidade humana;
  - Artigo 10º Igualdade, justiça e equidade;
  - Artigo 11º Não discriminação e não estigmatização.

Apesar da similaridade entre o nome das estratégias, os seus princípios, pressupostos e sentidos, no campo de atuação com os vulneráveis usuários de drogas são distintas. Desse modo, constatando o quanto as estratégias são perecíveis, voláteis e modificáveis (para melhor atender ao cidadão ou não) a partir de interesses de diversas ordens, especialmente da agenda política vigente, empreender estudos sobre o consultório de/na rua não teria importância/significado algum ao longo do tempo e não apontaria para a questão central: como o sistema público de saúde alcança os usuários de drogas em situação de extrema vulnerabilidade e que fazem uso prejudicial de drogas?

Desse modo, após exame de qualificação e com o reconhecimento de que o sistema de saúde não atende às necessidades dos usuários de drogas e em situação de rua, esta pesquisa se centrou na apresentação de diagnóstico para a não responsividade do sistema para esse grupo populacional, que se encontra em situação de desvantagem social.

Segundo trazido por Tealdi, no Dicionário Latinoamericano de Bioética<sup>(8)</sup>, aqueles que possuem desvantagens sociais e que não têm meios para mudar sua condição de vulnerabilidade sozinhos necessitam de ações protetivas para alcançarem a igualdade dos demais. No caso daqueles que fazem uso de drogas e estão em condição de vulneração, por vezes, desconsidera-se que existem interesses políticos e econômicos que sustentam uma trama discursiva que desqualifica e marginaliza o usuário de drogas, sendo essas ideias refletidas na forma como é ofertado o cuidado em saúde para esse grupo de cidadãos.

O artigo 14 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos<sup>(9)</sup> afirma que a saúde é um dos compromissos da Bioética, devendo seu acesso ser

equânime, enquanto um direito básico. A Declaração afirma ainda que “a promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade”<sup>(9)</sup>. Considerando que o documento apresenta claramente que a promoção da saúde é um direito reconhecido universalmente, faz-se necessário investigar a distribuição equitativa para a saúde individual e comunitária para aqueles que estão em condição de pobreza e indigência. Ressalta-se que não se trata de considerar o usuário de drogas e em situação de rua enquanto “coitado”, mas sim de reconhecer o quanto determinados marcadores sociais se apresentam como complicadores para a efetividade dos direitos desse grupo populacional em específico.

Tal condição, à qual os usuários de drogas em situação de rua estão submetidos, os deixa em situação de fragilidade ou de necessidade, sendo esse grupo conceituado, conforme Schramm<sup>(10)</sup>, como vulnerado, diferentemente dos vulneráveis (que apresentam o risco que é inerente à condição humana e que atinge a todos que pela condição de estar vivo têm a possibilidade de vivenciar, como sofrer um ferimento ou algo dessa natureza). Dessa forma, os vulnerados e os vulneráveis apresentam necessidades distintas. Parte significativa dos usuários de drogas que estão em situação de rua fazem uso de múltiplas drogas que provocam alterações de comportamento que, segundo Varanda e Adorno<sup>(11)</sup>, interferem no seu acesso a serviços e programas institucionais. A revisão de literatura nacional sobre a Bioética e o tema específico revelou poucos estudos e investigações sobre a temática. Para a referida revisão, foi realizada em 2015, ano de início dos estudos, busca por meio da base BIREME com as palavras-chave Bioética na mesma base que exclusão social; promoção da saúde; população de rua; usuário de drogas; políticas públicas. Buscando sair da pesquisa nacional, no mês de maio de 2017 foi realizada pesquisa utilizando a mesma equação ((tw:(Bioética)) AND (tw:(exclusão social)) AND (tw:(promoção da saúde)) AND (tw:(população de rua)) AND (tw:(usuário de drogas)) AND (tw:(políticas públicas)) na base de dados da BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, em que não houve nenhum achado. Ao mudar a equação para (tw:(Bioética)) AND (tw:(droga)) AND (tw:(rua)), também não houve achado.

Ainda na mesma base de dados, ao usar a equação (tw:(Bioética)) AND (tw:(droga)), foram apresentados 31 resultados. Da análise desses 31 achados, apenas o artigo Bioética e drogas: qual é o significado dos aspectos éticos?, de autoria

de Azzaro Pulvirenti, Rosalia e Ann Ist Super Sanita, apresentou alguma reflexão pertinente para esse estudo.

Ainda no mesmo mês e ano (maio/2017), foi realizada uma busca no portal de periódicos da CAPES - Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior, com a equação (Bioética AND drogas), para qualquer idioma, nos últimos 5 anos, personalizado a partir de ciências humanas. Foram apresentados 81 achados, sendo que nenhum desses tinha alguma relação entre Bioética, drogas e os seres humanos. Nessas pesquisas, a palavra Bioética estava mais associada a comitês, ou questões relacionadas a pesquisas, e a palavra droga estava associada à substância utilizada para testagem ou como terapia substitutiva. Enquanto importante publicação brasileira de Bioética, foi realizada ainda uma busca, também no mês de maio, na Revista Bioética, do Conselho Federal de Medicina. A pesquisa foi realizada com a equação droga OR substância psicoativa OR substância OR álcool, em que foram achados três estudos, sendo que para dois deles a palavra droga estava relacionada à medicação e o terceiro estava relacionado a dados demográficos ou psicossociais relativos ao consumo de álcool ou potencial para tal uso.

Alguns destes estudos publicados trabalham com a perspectiva da condição de rua, outros sobre a proteção social, promoção da saúde, Bioética de Proteção, drogas. Entretanto, não foi identificado nenhum estudo que abordasse os três aspectos, quais sejam Bioética, pessoas que fazem uso de drogas e que estão em situação de rua e o alcance dos serviços de saúde.

Preocupada com os dois maiores problemas na revisão de literatura que são o “lixo” de informações e o oposto, o “mascaramento” de dados, foi realizado em junho de 2017 uma revisão integrativa. Partiu-se da pesquisa por meio do PUBMED, das publicações disponíveis, nos últimos cinco anos, categorizado por espécie humana. Para a pesquisa foi usada a equação *Bioethics AND Drug users OR Drug Substance-Related Disorders and Homeless OR homelessness*. Dessa busca, foram encontrados 2.032 achados, em que foi realizada a leitura do resumo daqueles que traziam no título do texto alguma relação com vulnerabilidades sociais e promoção de saúde integral de pessoas usuárias de drogas e em situação de rua. Muitos textos encontrados faziam referência à vulnerabilidade que a vivência em condição de rua favorece para o uso de drogas, gravidez, infecção pelo uso de drogas e outras questões relacionadas à saúde, textos relacionados a prisões, situação de rua e uso de drogas. Foram catalogados 114 textos e o resumo desses textos foram lidos (alguns *links* não

disponibilizavam resumos, sendo necessário ler a introdução do texto para avaliar se existia relação com a tese) e desses, foram identificados 52 textos que faziam interface com o objeto de estudo dessa tese, os quais foram lidos e estão apresentados no quadro, disponível no apêndice 1.

Na América Latina, o Brasil tem protagonizado uma importante linha teórica, desde 1994, com a criação do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética da Universidade de Brasília, que atualmente chama-se Cátedra Unesco de Bioética. A linha denominada de Bioética de Intervenção tem como principais teóricos Volnei Garrafa e Dora Porto. Os textos desses teóricos brasileiros serão as bases conceituais para a análise desse estudo.

As questões de âmbito biotecnocientífico estão marcadas nos estudos da Bioética Principlista, sendo mais próximas das preocupações de países desenvolvidos da Europa e dos Estados Unidos. Na Bioética Principlista, preocupações presentes na realidade de países da América do Sul, como a pobreza que vive parte significativa da população brasileira, não estão devidamente contempladas<sup>(12)</sup>. A forte desigualdade social presente nas cidades brasileiras é revelada por diversas formas, como fome, ausência de cuidado em saúde, violência estrutural e simbólica, desemprego, doenças causadas pela ausência de um sistema sanitário eficaz, pessoas vivendo na rua, drogadição, dentre outros, os quais apontam para importantes questões bioéticas.

Tratando especificamente das questões relacionadas às drogadições, desde o surgimento da humanidade sempre houve uso de drogas em contextos e formas distintas, não representando necessariamente um problema para o indivíduo que as consome ou para a sociedade<sup>(13)</sup>. Algumas pessoas, independente da sua condição socioeconômica e subjetiva, podem ter complicações pessoais e sociais devido ao consumo de álcool e outras drogas, mas o consumo dessas substâncias não é determinante para todos os sujeitos. Contudo, para os vulneráveis, que já carregam consigo as fragilidades de uma vida de desvantagem e exclusão social, o uso de substâncias psicoativas pode potencializar sua condição de pobreza, de forma a se constituir como mais um problema para a sua existência, podendo levá-lo à situação de extrema pobreza, mendicância e vivência na rua<sup>(14)</sup>.

O uso de álcool e outras drogas por pessoas que estão em condição de rua é considerado, neste trabalho, como uma dupla vulnerabilidade, uma vez que demanda

ação do Estado em duas esferas fundamentais do direito apresentados na constituição cidadã: moradia e saúde.

Podendo a Bioética ser entendida também como uma ética da vida, que auxilia no fortalecimento e aprofundamento do respeito pelos direitos humanos, compreender como se dá a promoção da saúde para um grupo populacional de vulnerados, identificando as moralidades, os elementos facilitadores e bloqueadores desse processo, torna-se um desafio fundamental para o Sistema Único de Saúde(SUS) brasileiro.

Desse modo, este estudo propõe-se a responder as seguintes questões: de que maneira a Bioética de Intervenção pode auxiliar para que as políticas públicas considerem as reflexões aportadas por esta (Bioética) na reflexão quanto ao alcance do sistema de saúde para os usuários de drogas em situação de rua? Quais são os elementos estruturantes para a não responsividade do sistema de saúde para os usuários de drogas e em situação, conforme perfil da pesquisa da Fiocruz?

Assim, para a análise das leituras realizadas e necessárias para a compreensão do fenômeno e embasamento das discussões, foi utilizado método de análise temática simples, que favoreceram os comentários e interpretação desses textos. Assim, para o alcance dos objetivos, foram elaborados três capítulos diferentes, que se complementam entre eles, os quais seguem abaixo, finalizando com as considerações finais.

No primeiro capítulo, estão os marcos epistemológicos, com discussões relacionadas à responsividade do sistema de saúde brasileiro para usuários de drogas e em situação de rua. Ainda nesse capítulo e compreendendo o perfil dos usuários apresentado pela pesquisa da Fiocruz, é trazida a reflexão Bioética da construção social da masculinidade e a sua maior suscetibilidade para o uso prejudicial de drogas, seguida da discussão sobre interseccionalidade, múltiplas vulnerabilidades e o racismo, enquanto marcadores sociais para a responsividade do sistema de saúde. O lugar da pesquisadora no processo de elaboração de tese também é apresentado no âmbito do primeiro capítulo.

No segundo capítulo, são apresentados os marcos políticos, com a discussão sobre escravidão, racismo, racismo institucional, as políticas de saúde para a população negra, para população em situação de rua, para atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas. Aporta-se mais um elemento para a responsividade do

sistema de saúde para o público em questão a partir dos conceitos de colonialidade, biopoder e necropolítica.

No terceiro e último capítulo será apresentado, a partir dos dados da pesquisa da Fiocruz, quem são as pessoas usuárias de drogas em situação de rua, as reflexões de como a Bioética pode tratar das questões relacionadas ao uso prejudicial de drogas por vulnerados em situação de rua. Por fim, realizaram-se reflexões analíticas das respostas dos usuários de drogas quanto aos “Aspectos de saúde e acesso a serviços de atenção por usuários de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional”, a partir da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos – DUBDH.

O racismo institucional é a hipótese central para a não responsividade do sistema de saúde para os usuários de drogas e em situação de rua, tendo como hipótese também a consideração de que existe pouca análise relacionada aos vulnerados sociais, usuários de drogas e em situação de rua em Bioética, assim como um desconhecimento das intervenções no campo das drogas, de uma perspectiva Bioética de forma politizada e que problematize os processos de vulneração em função das questões sociais, como propõe a BI. Acredita-se que a BI poderá estreitar esses dois campos (vulnerados no campo de álcool e outras drogas e Bioética), fornecendo uma ponte que possa romper com o hiato entre o que o Sistema Único de Saúde disponibiliza enquanto estratégias relacionadas à saúde integral de pessoas vulneráveis, que fazem uso de drogas e suas reais necessidades.

O objetivo geral desta tese é analisar, a partir do diagnóstico da FIOCRUZ, os obstáculos para a não responsividade do sistema de saúde para usuários de drogas e em situação de rua, numa perspectiva Bioética.

Enquanto objetivos específicos, temos (1) Analisar bioeticamente como o perfil dos usuários de drogas apresentado pela Fiocruz interfere no modo como o sistema de saúde responde a suas demandas; (2) Compreender como a construção social do homem na sociedade contemporânea impacta em um (des)cuidado desses com a sua saúde; (3) Discutir interseccionalmente, a responsividade do SUS para usuários de drogas e em situação de rua a partir do genocídio da população negra, da atual política de drogas, a política de segurança pública e de justiça criminal; (4) Apresentar os impactos do processo colonial brasileiro, do biopoder e da necropolítica na saúde do vulnerado usuário de drogas; (5) Analisar o diagnóstico apresentado pela Fiocruz quanto ao que o usuário compreende como importante para que ele vá ao serviço de saúde, a partir dos estudos da Bioética de Intervenção (BI) e da DUBDH; (6) Discutir

as facilidades e entraves para responsividade de questões relacionadas à saúde integral dos usuários de drogas em situação de rua, a partir dos referenciais da Bioética de Intervenção e dos princípios da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos

Justifica-se o interesse pelo tema drogas, pessoas em situação de rua e Bioética a partir da consideração de que o consumo de substâncias psicoativas, ao longo dos anos, passou a se constituir num problema de saúde pública. Para alguns, a condição de consumidor de alguma substância psicoativa somada com a perda de vínculos sociais e familiares resulta na condição de morador de/na rua, necessitando de intervenção (e não intromissão nos modos de vida) do Estado, quanto ao cuidado à saúde integral, se configurando assim um problema persistente no escopo da Bioética de Intervenção (BI).

O interesse também se dá pelo fato de a autora ter desempenhado atividades no Consultório de Rua (CdeR), enquanto assistente social da equipe composta pelo grupo que criou a estratégia. Nesta vivência, houve a experiência de coordenação de equipe do CdeR e, posteriormente, de ter coordenado a implantação do Consultório em duas cidades da região metropolitana de Salvador, no período de 2010 a 2013. Nesse período, o CdeR ainda era uma estratégia institucional, nascida em 1995, no Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas – CETAD, da Universidade Federal da Bahia – UFBA<sup>(15)</sup>, e não uma política pública do SUS.

O tema proposto para o estudo se coaduna com as reflexões do escopo da BI, uma vez que ela se vale do reconhecimento da dimensão social nas análises referentes à relação entre a saúde e as doenças, considerando que a perspectiva social enquanto fundamental para a reflexão, elaboração e execução de políticas públicas no campo da saúde.

Nesse sentido, Garrafa e Cordón<sup>(16)</sup>, ao discutirem os determinantes sociais para a saúde, enquanto uma das instâncias para o aprofundamento do saber e o processo “saúde-doença como resultante de condições objetivas e subjetivas relacionadas à qualidade de vida”, apontam que:

O enfoque prioritário utilizado nos últimos anos pelas ciências sociais aplicadas ao setor da saúde vem proporcionando visões restritas dos fatos ao utilizar conceitos e categorias que explicam apenas parcialmente a situação sanitária encontrada. Tais abordagens têm se mostrado insuficientes para proporcionar uma visão total e concreta da problemática da saúde como manifestação particular e especificamente histórica, que expõe

e reproduz as contradições sociais assumidas nas lutas políticas pelo projeto hegemônico de classe: a acumulação capitalista<sup>(16)</sup>.

Vale considerar que a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos apresenta uma nova agenda, que:

Entre outros aspectos, defende a necessidade do reconhecimento da vulnerabilidade humana, do respeito à dignidade das pessoas, da não-discriminação, do respeito pela diversidade cultural e pluralismo, da solidariedade para com os mais frágeis e desassistidos, da cooperação e responsabilidade social no compartilhamento dos benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico e na proteção às gerações futuras<sup>(16)</sup>.

A discussão sobre a temática proposta é imperiosa no campo da Bioética, uma vez que, para Pereira, Jesus, Barbuda, Sena e Yarid<sup>(17)</sup>, o debate no campo das drogas transita entre a segurança pública e a saúde pública dos usuários, com perspectivas morais, desafiando os agentes públicos, governantes e pesquisadores a encontrar o equilíbrio na abordagem da temática, trazendo a Bioética de Proteção para discutir o tema, por não focar na repressão e sim na proteção dos vulnerados<sup>(18)</sup> – usuários de drogas em situação de rua, “integrantes de sociedades com grande desigualdade, em que as drogas são consideradas “bodes expiatórios” para os agravos sociais”<sup>(17)</sup>.

Em 1961, dentro do período concernente à ditadura militar, o Brasil, enquanto signatário de um modelo de política internacional sobre drogas, adota a política denominada de guerra às drogas<sup>(19)</sup>, com repressão penal à distribuição e ao consumo de entorpecentes no país, passando nos anos seguintes pela criminalização e punição ao uso de drogas, com sanção de privação de liberdade, mesma punição destinada aos traficantes.

É apenas no ano de 2006 que a lei nº 6.368 de 1976<sup>(20)</sup>, a qual estava em atraso quanto ao que apontava a ciência e as transformações sociais do Brasil, é substituída pela Lei nº 11.343<sup>(21)</sup>, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e que está em vigor até este momento. A Lei nº 11.343<sup>(21)</sup> apresenta pequenos avanços em relação à lei elaborada durante a ditadura militar. Contudo, ainda não dá conta de proteger os mais vulneráveis, especialmente aqueles que vivem em situação de rua, da ainda predominante “guerra às drogas”.

Considerando que o enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial, o Ministério da Saúde, em 2009, por meio do Decreto Presidencial nº. 7.053<sup>(22)</sup>, institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu

Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, sinalizando no documento a necessidade de um cuidado específico para os que estão em situação de rua e em uso de drogas, devido à vulneração a qual estão expostos. Assim, compreender os impasses, limites e dificuldades no processo de implementação desta política, por meio da observância do alcance das ações em saúde para usuários de drogas em situação de rua pela Bioética de Intervenção, torna-se fundamental para sua efetiva implementação e modificação do cenário.

Já a pesquisa encomendada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, identificou no período de agosto de 2007 a março de 2008, que 35,5% das pessoas que estão em situação de rua tiveram como principal motivo para a sua condição de morador de rua o uso de drogas, sendo os outros dois motivos principais a desavença familiar (29,1%) e o desemprego (29,8%), podendo esses três motivos estarem relacionados entre si<sup>(23)</sup>.

O estudo ora apresentado justifica-se ainda quando se leva em consideração a Pesquisa Nacional sobre o uso de crack<sup>(24)</sup> da Fiocruz (capítulo 7 – Aspectos de saúde e acesso a serviços de atenção por usuários de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional), que traz o diagnóstico que compõe parte da análise desse estudo. A pesquisa foi divulgada pelo Ministério da Justiça<sup>(23)</sup>, no dia 19 de setembro de 2013, enquanto encomenda feita pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, que aponta que 80% dos usuários de crack e/ou similares, nas capitais, consomem a substância em espaços públicos e que 40% dos usuários vivem nas ruas, sendo que 80% se declaram de raça não branca<sup>(24)</sup>. Vale ressaltar que 78,9% dos entrevistados na pesquisa da Fiocruz manifestaram o desejo de fazer tratamento para interromper e/ou reduzir o uso da droga.

Tais pesquisas apontam para a necessidade de favorecer o alcance do sistema de saúde para esse grupo populacional, considerando a sua especificidade, sendo imprescindível sinalizar que a temática é candente para a discussão da Bioética de Intervenção, uma vez que trará a reflexão sobre o compromisso sanitário, vulnerabilidade e vulneração, cidadania, equidade social e moralidades.

Esta pesquisa visa igualmente tratar das questões relacionadas à promoção da saúde, não de todos os sujeitos em situação de rua e nem de todos os tipos de usuários de drogas, mas daqueles que, conforme MacRae<sup>(13)</sup>, são alvo da “antipatia generalizada”, sendo vistos como criminosos e ameaçadores, enquanto uma raça inferior de humanos que compõe uma “espécie de sujeira a poluir o espaço urbano”.

O autor aponta ainda que, diante dessa perspectiva, os atendimentos destinados aos usuários de drogas e, nesse caso, aplicados aos que estão em situação de rua, “têm forte componente repressivo e são confundidos com propostas de ‘higienização’ da sociedade”<sup>(13)</sup>.

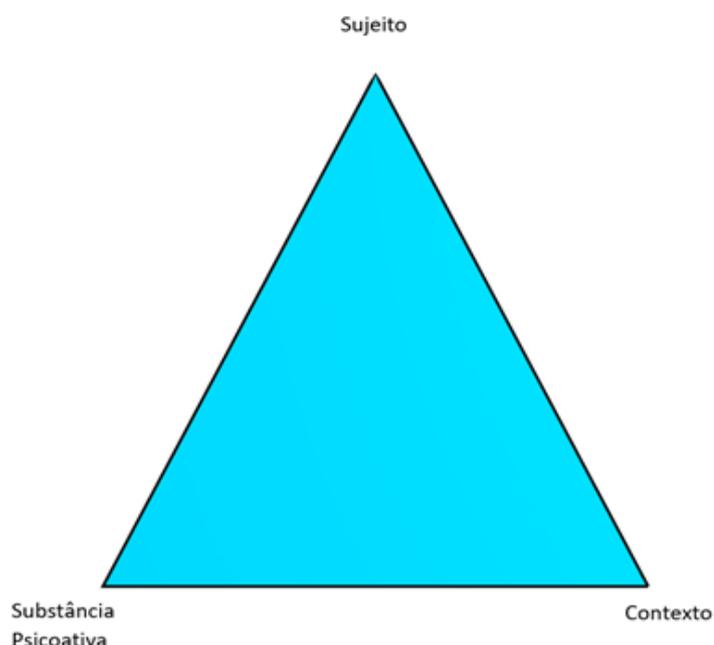
Já Sotero sinaliza que diante do desconhecimento de governantes e dos diversos atores sociais, os usuários de drogas em situação de rua tornam-se ainda mais desprotegidos, pois os problemas que enfrentam “oscilam entre a invisibilidade e o rechaço social”<sup>(25)</sup>.

Desse modo, é emergente que o tema dos vulnerados sociais, usuários de drogas, seja discutido no campo da Bioética, discussão essa que ainda é precária, mesmo considerando as reflexões trazidas no campo da Bioética de Intervenção.

Partindo para o marco teórico, iniciamos com a perspectiva dos usos de drogas. Considera-se que existem diversas motivações para o uso de substâncias psicoativas, dentre elas a violência doméstica, os conflitos familiares e condição de extrema pobreza, sintetizando que os humanos utilizam drogas devido ao medo de serem discriminados, por falta de recursos para se locomoverem, ou até mesmo devido à postura discriminatória e ancorada na moralidade dos profissionais de saúde. As repercussões da dimensão racial não são trazidas pelo autor nessa reflexão e na literatura essa leitura é pouco apresentada, como será apontado em outro capítulo.

Conforme apresentado em dissertação de mestrado da autora desta pesquisa, “existem motivações biológicas, psicológicas e culturais para o uso de SPAs que podem ser compreendidas mediante triangulação de fatores”<sup>(13)</sup>, quais sejam:

Figura 1 - Triangulação sujeito, substância e contexto sócio-cultural



Fonte: Oliverstein<sup>(27)</sup>

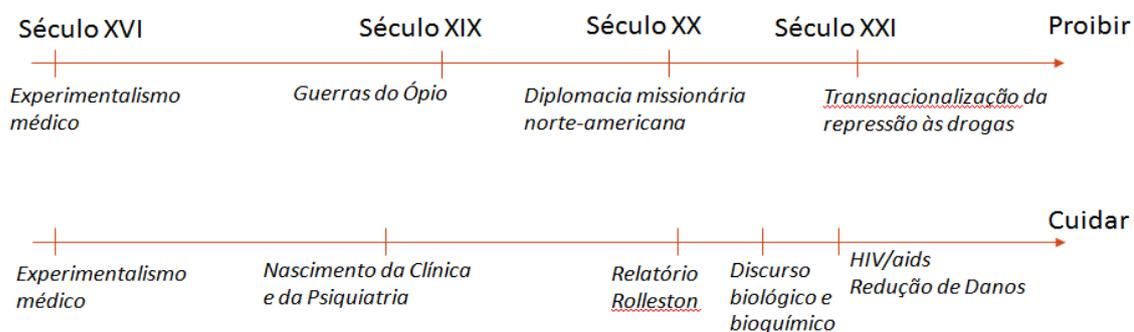
A perspectiva do triângulo sujeito, substância psicoativa e contexto sociocultural apresenta preliminarmente que o uso de drogas não significa um problema para todos os usuários, nem que todas as drogas produzem o mesmo efeito para todos.

No entanto, é importante sinalizar que as questões geradas pelo uso e abuso de drogas são manifestações da desigualdade brasileira que vem de longa data, notadamente desde o período em que os negros e índios foram escravizados, demandando uma discussão não da perspectiva moral, mas sim da questão da iniquidade para o cuidado daquele que está em sofrimento em decorrência do uso de alguma substância psicoativa<sup>(17)</sup>.

Neves<sup>(28)</sup> defende as questões relacionadas às drogas enquanto um fenômeno moral e, nesse sentido, é possível sinalizar a existência de um contexto histórico hipócrita moral, conforme figura abaixo.

Figura 2 - Contexto histórico da moral hipócrita sobre drogas

- Contexto histórico da moral hipócrita sobre drogas



Fonte: autora com colaboração de Neves<sup>(28)</sup>.

Este estudo toma como referência basilar a Bioética de Intervenção enquanto a abordagem mais adequada para tratar de problemas persistentes relacionados à promoção da saúde, numa realidade concreta como a dos usuários de drogas que estão em situação de rua. O estudo também estará respaldado pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos<sup>(9)</sup>, documento que norteará as discussões, considerando que as políticas e estratégia de promoção à saúde devem também tê-lo como base, especialmente o artigo 14, que trata da responsabilidade social e da saúde; e o Art. 5º que aborda a questão relacionada à autonomia, sinalizando que “devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia”. Também o Art. 8º que trata das vulnerabilidades, em que “[...] indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada”; o Art. 10 concernente à igualdade de direitos que refere que “[...] em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa”; e o Art. 11 que aponta para os direitos humanos, dignidade e liberdades fundamentais, assinalando que “nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão”.

Além da teoria da Bioética de Intervenção<sup>(29)</sup>, do conceito de vulnerabilidade e vulnerados tal como trabalhado por Schramm<sup>(10)</sup>, a categoria de governo como abordada por Matus<sup>(30)</sup> também será considerada no estudo.

Outro conceito-chave norteador desta pesquisa é a capacidade de resposta do sistema de saúde às necessidades da população. Nesse caso, dos usuários de drogas

em situação de rua, salvaguardando o direito de um atendimento de acordo com as suas necessidades, centrado na pessoa. A Organização Mundial da Saúde relaciona cinco indicadores para a avaliação do sistema de saúde por aqueles cidadãos que o utilizam. São eles<sup>(31)</sup>:

Nível global de saúde da população; Desigualdades de saúde (ou disparidades) entre a população; Nível global de responsividade do sistema de saúde (uma combinação de satisfação do paciente e de quão bem o sistema age); Distribuição da responsividade com a população (quão bem as pessoas de status econômico variado acham que são atendidas pelo sistema de saúde); E a distribuição dos encargos financeiros do sistema de saúde dentro da população (quem paga os custos).<sup>31</sup>

Conforme o relatório mundial de saúde de 2000<sup>(31)</sup>, a análise da efetividade do sistema de saúde, bem como a sua capacidade de resposta das questões de saúde de um país, é pouco realizada. O relatório indica que tal análise e possibilidade de ajuste na capacidade de resposta do sistema de saúde está diretamente relacionada à redução das desigualdades e à criação de formas de melhorar a situação de pessoas em condições desfavoráveis, apontando que os mais pobres recebem os piores níveis de responsividade. Diz o relatório: “eles são tratados com menos respeito pela sua dignidade, dada menos escolha de prestadores de serviços e comodidades oferecidas de qualidade inferior”<sup>(31)</sup>. O relatório aponta a capacidade de resposta como o terceiro objetivo de um sistema de saúde.

O conceito de responsividade será extraído a partir de Amala, uma vez que, assim como a World Health Organization (WHO), compreende que a responsividade reduz danos à dignidade e à autonomia do usuário do sistema de saúde, além da iniquidade. Para Silva<sup>(32)</sup>, a capacidade de resposta: “Pode ser definida como o resultado que pode ser alcançado quando as instituições e as relações institucionais são projetadas de tal forma que eles são cientes e respondem adequadamente às expectativas universalmente legítimas dos indivíduos.”

Na perspectiva da autora, a qualidade dos serviços prestados pelo sistema de saúde e a satisfação daqueles que usam esses serviços são relacionados à capacidade de resposta, ressaltando a diferença entre capacidade de resposta e satisfação. A capacidade de resposta está centrada na pessoa. É no que tange ao escopo, concentra-se com a capacidade de resposta de todo o sistema de saúde e não apenas de um serviço específico<sup>(32)</sup>. Nesse sentido, a capacidade de resposta às expectativas/necessidades legítimas apontadas pelos usuários de drogas e em contexto de rua será analisada a partir dessa perspectiva. A autora chama a atenção

ainda para a diferença entre a expectativa expressa e a expectativa legítima, uma vez que<sup>(32)</sup> “o uso de expectativas legítimas em vez de determinadas expectativas individuais poderia reduzir o impacto da discrepância causada por idiosincrasias individuais”.

Assim, esse estudo compreende que a indicação dos usuários quanto a quais aspectos um serviço de assistência para pessoas que usam drogas seria importante para que eles decidissem usar o serviço se insere no escopo da expectativa legítima destes, sendo importante que sejam compreendidos, mediante a escassez de recursos públicos para a saúde, os quais devem ser utilizados de forma a atender as necessidades. Trata-se da pergunta feita a usuários de cocaína fumada, apresentada no questionário QG2 (b) da Pesquisa nacional sobre o uso de crack<sup>(24)</sup>, com respostas analisadas bioeticamente e disponíveis nesta tese.

Responsividade não guarda relação com desejo ou tolerar um determinado tempo para ser atendido por um serviço, por exemplo, mas sim com a dignidade na atenção à saúde integral. A autora Silva<sup>(32)</sup> discute que, apesar de elencar sete elementos que caracterizam a *responsiveness/responsividade*, eles não são universais, uma vez que as características culturais e econômicas precisam ser levadas em conta. “Se as expectativas são afetadas pela perspectiva sociocultural, alguns podem argumentar que é importante construir um meio de levar em conta a importância dada aos diferentes aspectos da assistência não médica em diferentes contextos.”

A partir de estudos, Silva<sup>(32)</sup> indica sete elementos não médicos relevantes para o sistema de saúde, sendo eles dignidade, autonomia, confidencialidade, atenção imediata, qualidade das “comodidades” básicas, acesso a rede de suporte social durante o tratamento/cuidado e “escolha do provedor de cuidados”. Para o contexto cultural e econômico, bem como para auxiliar nessa tese, quatro desses elementos são mais significativos: dignidade, autonomia, confidencialidade e acesso à rede de suporte social.

No que tange à dignidade, Silva<sup>(32)</sup> aponta que países em desenvolvimento ainda estão iniciando a pesquisa quanto à importância de mantê-la. No entanto, indica que a dignidade é definida:

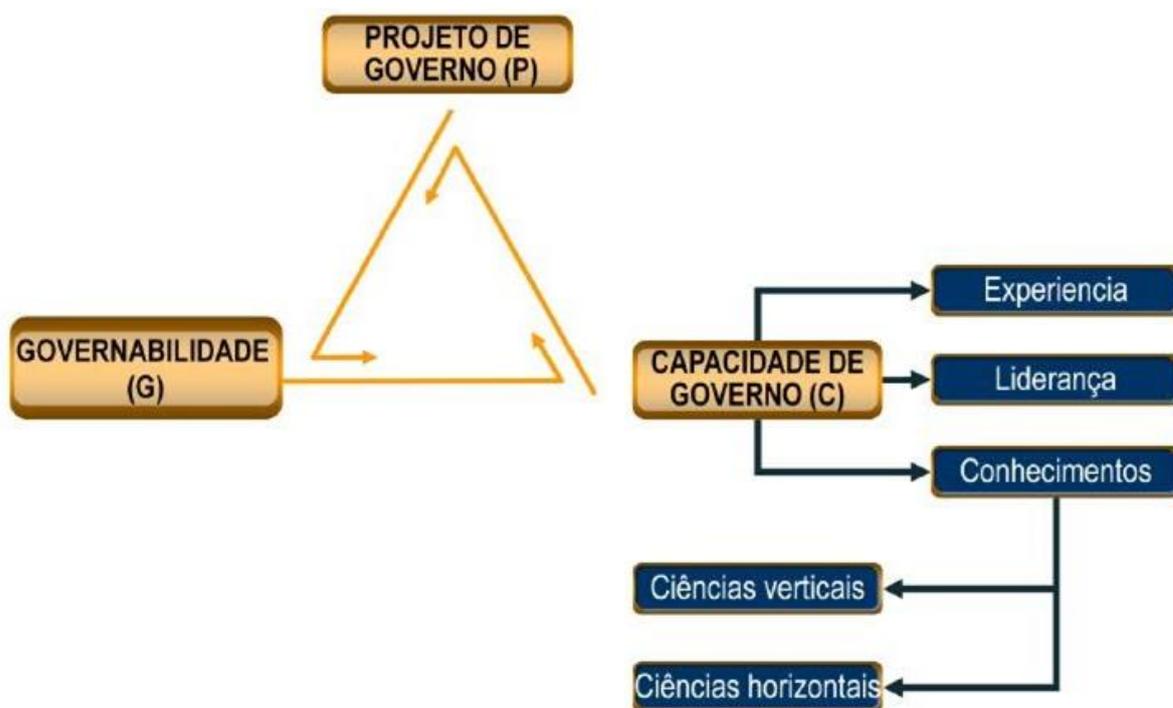
como o direito daquele que busca cuidados de ser tratado como uma pessoa em seu próprio direito e não meramente como um paciente que, devido à informação assimétrica e à incapacidade física, rescindiu o seu direito de ser tratado com dignidade. Isto inclui: a salvaguarda dos direitos humanos, como a liberdade de livre

circulação, mesmo para pessoas que têm hanseníase, tuberculose ou são HIV + a serem tratadas com respeito pela equipe que lhes oferece cuidados de saúde; O direito de fazer perguntas e fornecer informações durante as consultas e durante o tratamento; Privacidade durante o exame e o tratamento<sup>(32)</sup>.

O conceito de responsividade apresentado está em consonância com o artigo Artigo 3 – Dignidade Humana e Direitos Humanos, da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos<sup>(9)</sup>, os quais também serão referência para esse estudo.

Categoria de governo refere-se a três variáveis distintas que se entrelaçam e se condicionam mutuamente, conformando os vértices de um triângulo, “triângulo de governo”, conforme imagem abaixo.

Figura 3 - Triângulo de Matus



Fonte: Matus<sup>(30)</sup>

Matus<sup>(30)</sup> refere-se a três variáveis que constituem estes vértices e seus elementos definem-se como:

Projeto de governo, que “refere-se ao conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator se propõe a realizar para alcançar seus objetivos”<sup>(30)</sup>. Não é apenas produto do interesse do governante, mas também da sua capacidade de governo, sendo a expressão do capital político e intelectual aplicado numa proposta de governo.

Capacidade de governo, que:

É a capacidade de condução ou direção e se refere ao acervo de técnica, métodos, destrezas, habilidades e experiência de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados, dados a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo<sup>(30)</sup>.

A capacidade de governo depende prioritariamente do capital intelectual acumulado pelas equipes dirigentes.

Governabilidade descrita como “[...] a relação entre as variáveis que o ator controla e as que não controla no seu processo de governo-variáveis, essas ponderadas pelo seu valor para a ação do ator”<sup>(30)</sup>. Depende diretamente do capital ou poder político do dirigente, mas também do conteúdo propositivo do seu projeto de governo e da sua capacidade de governo.

É importante refletir que, se por um lado as variáveis do triângulo de governo são distintas, por outro só podem contribuir para a complexa análise do processo do alcance dos serviços à saúde de usuários de drogas em situação de rua por meio dos pressupostos da Bioética de Intervenção, se entendidas enquanto entrelaçadas e interdependentes.

Vale também ressaltar que o alcance à saúde, na perspectiva do SUS e da Bioética de Intervenção para o grupo social em questão, implica em analisar os projetos de governo voltados para este tema. Por sua vez, o contexto em que este projeto/política está inserido é permeado por correlações de forças, por um conjunto de moralidades, resistências e apoios que apontam para uma maior ou menor sustentação política para que o dirigente possa implementá-los e favorecer que esse grupo populacional alcance os serviços de saúde de forma adequada, eficiente e eficaz.

Um importante conceito para esse trabalho é o de promoção da saúde, conforme consta na Política Nacional de Promoção da Saúde<sup>(33)</sup>:

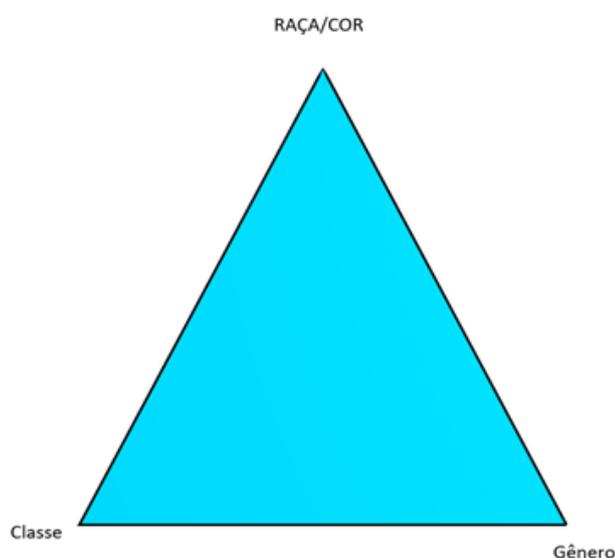
estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Vale sinalizar que a Política do Ministério da Saúde para população de rua e a Política do Ministério da Saúde para usuário de álcool e outras drogas<sup>(34)</sup> são documentos que devem orientar a implantação da promoção da saúde para usuário de drogas em situação de rua em todo o Brasil.

Propõe-se para este estudo a perspectiva, trazida por Gaudenzi e Schramm<sup>(35)</sup>, de que a Bioética e a Saúde Pública “não podem esquecer os efeitos biopolíticos e de biopoder inscritos nas políticas sanitárias, quando estas implicam o controle de comportamentos individuais supostamente em prol do interesse coletivo”.

Considera-se o triângulo interseccional relacionado à raça/cor, classe e gênero como importante categoria para a análise da responsividade do sistema de saúde para os usuários de drogas em situação de rua.

Figura 4 - Triângulo interseccional



Fonte: autora.

Considera-se que favorecer que o usuário de drogas e em situação de rua o alcance da promoção da saúde apresenta uma dimensão externa, que guarda relação com a sociedade e com o Governo, e interna, como produto da organização do trabalho, das moralidades aplicadas e da distribuição do poder no interior da instituição. Espera-se que esse trabalho identifique como essas relações, assim como o racismo institucional, favorecem ou bloqueiam o alcance dos serviços de saúde para o público-alvo em questão.

Enquanto metodologia, trata-se de estudo exclusivamente teórico, sem envolvimento de pesquisa de campo ou experimentação. Partiu-se de um exercício crítico, analítico, exploratório em torno de um objeto ou tema de reflexão. Nesse caso, trata-se de objeto de estudo a não responsividade do sistema de saúde para usuários de drogas e em situação de vulneração, a partir da perspectiva da Bioética de

Intervenção. Para tal, adotou-se como procedimento a análise, tendo como base artigos da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO e instrumentais da Bioética de Intervenção, os achados relacionados a aspectos da saúde e de acesso a serviços por usuários de crack e/ou similares, obtidos a partir da pesquisa intitulada “Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz e divulgada em 2014<sup>(24)</sup>. O início da pesquisa se deu com a análise desse diagnóstico, especificamente o capítulo relacionado ao perfil dos usuários e da resposta dos usuários quanto ao que seria importante ter em um serviço de saúde para que eles o frequentassem. Com base nesses dois quadros – perfil e resposta dos usuários – foi desencadeado um percurso necessário para compreender a complexidade da questão.

A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida tendo como base principal livros e artigos científicos relacionados à temática. Através da análise interpretativa e crítica, procurou-se aproximação entre as bibliografias pesquisadas aos conhecimentos prévios da autora desta tese, com leitura e reflexões críticas, que permitissem a sustentação dos argumentos de forma coerente e fundamentada.

Há revisão e análise sistemática dos documentos que descrevem políticas e programas de saúde dirigidos à população usuária de droga em situação de rua e público descrito no perfil dos usuários, documentos federais relativos à assistência à saúde para usuários de drogas em situação de rua a partir de 2006, quando foi aprovada nova Lei de Drogas<sup>(21)</sup>, década em que também foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua<sup>(21)</sup>.

A análise textual, documental e dos capítulos da pesquisa da Fiocruz (já indicados) tomará como base o modelo de análise de discurso hermenêutica-dialética, artigos da DUBDH e a teoria referente à Bioética de Intervenção.

Esta pesquisa utilizará a análise estratégica geral, desenvolvendo a estrutura descritiva. Dentro dessa estratégia, a técnica analítica dominante será a construção da explanação, o que significa estipular um conjunto presumido de elos causais em relação ao objeto de pesquisa, sempre permeada pela perspectiva da Bioética de Intervenção.

Ressalta-se que este estudo não implica em riscos ou danos à saúde de seres humanos por se tratar de uma pesquisa teórica. No entanto, a autora está submetida aos cânones da ciência, comprometendo-se a realizar uma pesquisa teoricamente ética para a produção de conhecimento que gere benefício para a comunidade

acadêmica, gestores, profissionais da área e, especialmente, que reverbere para a melhor atenção à saúde integral dos usuários de drogas e em situação de rua. Dessa forma o trabalho comprometeu-se com a correta interpretação dos dados que levaram aos resultados a serem apresentados. Ressalta-se que essa tese atende a linha de pesquisa Situações persistentes em Bioética e saúde pública, do programa de Bioética, da Universidade de Brasília.

## 2 RESPONSABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO, SAÚDE DO HOMEM E INTERSECCIONALIDADE

Neste capítulo, serão tratados os marcos teóricos-epistemológicos para a responsividade do sistema de saúde para usuários de drogas e em situação de rua, apresentando os elementos relacionados à saúde do homem e, a partir da construção da masculinidade, a sua maior suscetibilidade ao uso prejudicial de drogas. O estudo da interseccionalidade e as suas múltiplas vulnerabilidades bem como o racismo enquanto marcador social para a responsividade do sistema de saúde também está presente nesse capítulo. Ainda, será abordado o lugar da pesquisadora no âmbito da elaboração desta tese.

### 2.1 RESPONSABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO PARA USUÁRIOS DE DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA

A saúde “tem sido reconhecida como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, o propósito almejado é que as pessoas possam ter uma vida com qualidade”<sup>(36)</sup>. Significa reconhecer a saúde enquanto uma política social, contando com múltiplos determinantes para a sua atenção, sendo<sup>(35)</sup> “um dos direitos inerentes à condição de cidadão”. Esse trabalho concebe o sistema de saúde enquanto sistema integrado e não apenas sistema de serviços de saúde.

O Sistema Único de Saúde, conforme Paim<sup>(36)</sup>, não corresponde apenas a um conjunto de “serviços, estabelecimentos, profissionais, medicamentos, equipamentos, etc.”, sendo assim o “conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações”<sup>(36)</sup>, que extrapolam as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde. “Os prestadores de serviço, embora busquem contratos, credenciamentos ou convênios com o SUS<sup>(36)</sup>.”

O sistema de saúde precisa ser capaz de dar resposta às demandas da população, dentre essas os usuários de drogas em situação de vulnerabilidade. A avaliação do desempenho do sistema de saúde é importante: primeiro como meio de identificar as deficiências dos sistemas de saúde, como explicar, por exemplo, que países com níveis de renda semelhantes não conseguem atingir níveis semelhantes de saúde, responsividade e justiça no financiamento; em segundo lugar, fornecer indicadores que permitam a avaliação de um sistema de saúde ao longo do tempo<sup>(32)</sup>.

Considerando o que está posto pela OMS, Viacava<sup>(37)</sup> afirma que o sistema de saúde é composto pelos “recursos, organizações e atores” envolvidos nas ações de “proteção, fomento ou melhora da saúde”, excluída a educação, tendo como meta para os sistemas de saúde: a melhora do Estado de saúde da população; responsividade e justiça na contribuição financeira.

De forma complementar ao apresentado por Robone, Rice e Smith<sup>(38)</sup> trazem que a responsividade do sistema de saúde pode ser conceituada enquanto a forma como as pessoas são tratadas no serviço de saúde, englobando a dimensão da experiência da pessoa no contato com o sistema de saúde. Para Robone, Rice e Smith<sup>(38)</sup>, a melhoria da capacidade de resposta do sistema de saúde está relacionada à ampliação do aporte e gastos de recursos, bem como à oferta de serviços que favoreçam a capacidade de escolha dos usuários. Parece ser utópica a ideia de um o sistema de saúde brasileiro responsivo para os usuários de drogas, uma vez que esses estão buscando sobreviver e nesse sentido escolher o tipo de serviço seria um luxo. “Apesar dos altos montantes de recursos financeiros investidos, muitos Estados não conseguiram proporcionar a implementação de políticas de saúde universais, equitativas e de boa qualidade.”<sup>(37)</sup>

Conforme os autores, não apenas a questão relacionada ao recurso utilizado nos serviços de saúde é tomada como importantes para a resposta do sistema de saúde para as necessidades dos cidadãos, mas também características institucionais, sendo o racismo institucional um importante elemento para tal análise.

A responsividade pode ser determinada por experiências interativas entre os sujeitos e os serviços de saúde a partir de como os usuários são tratados, tendo como uma baliza para avaliação: dignidade, autonomia, confidencialidade, atenção imediata, qualidade das comodidades, acesso a redes de apoio social e escolha do prestador de serviços<sup>(37)</sup>.

É fundamental pontuar que responsividade é diferente de acesso e qualidade, ainda que a mesmas estejam interligadas. De acordo com Viacava<sup>(37)</sup>, “acesso é considerado um determinante e não componente da responsividade; e a eficiência é definida como o grau com que o sistema de saúde realiza a contribuição máxima possível às metas sociais em função dos recursos disponíveis, interna e externamente ao setor”.

Do mesmo modo que é necessário diferenciar responsividade de acesso e qualidade. Viscava<sup>(37)</sup> também chama a atenção para a diferença entre sistema de

saúde – SSS e os sistemas de serviços de saúde. Para o autor os primeiros são mais abrangentes e se referem à saúde em sentido amplo, isto é, à manifestação objetiva das condições de vida de uma população determinada, o que é resultante da ação intersetorial de diferentes sistemas, mais ou menos complexos. Quanto aos sistemas de serviços de saúde, integram os SSS, mas sua ação se efetua nas instituições prestadoras de serviços, eminentemente internas ao setor, embora sejam influenciadas de forma importante por elementos externos a ele, tais como as instituições geradoras de recursos, conhecimentos e tecnologias; as empresas de equipamentos biomédicos; e a indústria de insumos e medicamentos<sup>(37)</sup>.

Pontuar tais diferenças é necessário, pois a estrutura do SUS, inter-relacionada e dialética, ainda é um campo de intensa disputa entre modelos assistenciais. No entanto, “melhorar a saúde da população é o objetivo central e máximo dos SSS.”<sup>(37)</sup>

Alinhados com a perspectiva da Bioética de Intervenção que não é adepta da adoção de forma acrítica de conceitos e perspectivas analíticas criados em países distintos do que será aplicado, Mirzoev & Kane<sup>(39)</sup> avaliaram que a responsividade do sistema de saúde deve ser avaliada conforme aspectos específicos do contexto do país. No caso do Brasil, os determinantes sociais de saúde são fundamentais.

Estudo desenvolvido por Malta<sup>(40)</sup> avaliou a carga global de doenças, tendo como métrica os anos de vida ajustados por incapacidade (*disability adjusted life years - DALYs*), entre 1990 e 2015 tendo o uso de álcool e drogas como um dos destaques para os fatores de risco (FRs) para DALYs no Brasil, o que agrava a saúde. Para a autora Malta<sup>(40)</sup>, tanto os “determinantes sociais como condições socioeconômicas, culturais e de nível de educação influenciam os FRs”. Do ano de 2005 para o de 2015, o FRs para DAYLs entre os homens (perfil dos usuários), passou do 5º lugar para o 3º, sendo classificado no estudo como risco do escopo comportamental. A autora indica ainda que no plano de Doença Crônica Não Transmissível, Global (DCNT) para o período de 2015 a 2025 da WHO, no campo referente ao uso prejudicial de álcool, figura a diminuição de ao menos 10% do uso nocivo do álcool, não citando outras drogas<sup>(40)</sup>.

Desse modo, em consonância com Murray e colaboradores<sup>(41)</sup>, os determinantes mais amplos de saúde, como classe, raça e gênero, também incidem na capacidade de resposta do sistema de saúde a diferentes grupos sociais da população brasileira, em que já é consenso que o aumento das desigualdades piora a condição de vida das pessoas e, conseqüentemente, as iniquidades em saúde.

## 2.2 A SAÚDE DO HOMEM: DA CONSTRUÇÃO DA MASCULINIDADE A SUA MAIOR SUSCETIBILIDADE AO USO PREJUDICIAL DE DROGAS

O objetivo deste capítulo é compreender, a partir da Bioética de Intervenção, como a construção social do homem na sociedade contemporânea impacta em um (des)cuidado desses com a sua saúde, tendo como objeto de análise que instigou essa discussão, os achados da pesquisa da Fiocruz.

Nos aspectos relacionados à saúde e acesso a serviços, a pesquisa apresenta que cerca de 27% dos usuários de drogas entrevistados informaram ter acessado de alguma maneira algum tipo de serviço de saúde nos 30 dias anteriores à coleta de dados. Lamentavelmente, não existem dados relacionados a acesso a serviços de saúde pela população geral no mesmo período (30 dias anteriores à entrevista). No entanto, apesar de haver diferença na estimativa temporal, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apresentou que quase 70% da população brasileira entrevistada havia utilizado algum serviço de saúde no último ano, revelando uma diferença significativa entre os usuários de drogas e a população geral, mesmo guardadas as devidas diferenças temporais. O menor acesso aos serviços de saúde pelos homens também foi apontado por Separavich & Canesqui<sup>(41)</sup> como significativo tanto para a prevenção e promoção da saúde, especialmente na atenção primária como preconiza o SUS, quanto para o cuidado para enfermidades já estabelecidas.

Na primeira parte deste capítulo, serão tratados aspectos relacionados à construção social da masculinidade. Na sequência, serão abordados os desafios para atenção à saúde do homem, a partir da análise da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH), seguido da compreensão da relação entre o processo de construção da subjetividade masculina e os impactos para o autocuidado do homem que faz uso prejudicial de drogas. Por fim, realizar-se-á uma reflexão Bioética da justiça distributiva, utilidade social e maximização dos benefícios, bem como equidade e desigualdades no campo da saúde. Considera-se importante a compreensão da construção social da masculinidade enquanto elemento que permite identificar meios de intervenção do Estado, sem intromissão nos modos viventes dos homens usuários de drogas. Trata-se de considerar o perfil dos usuários de drogas

em cenas de uso no Brasil, o qual é constituído em sua maioria por homens e, dessa forma, como o sistema de saúde se organiza para a atenção à saúde desse grupo.

É importante ressaltar que ao priorizar o estudo sobre a saúde do homem negro, não existe uma negligência ou não reconhecimento de como e o quão o uso de drogas vem afetando a saúde física e psíquica do homem índio e das mulheres e nem as repercussões para a responsividade do sistema de saúde para as suas necessidades. No entanto, considerando o resultado da pesquisa da Fiocruz, que aponta o perfil dos usuários de drogas em cenas de uso, avaliou-se necessário, compreender os determinantes que fazem com que os homens busquem menos os serviços de saúde do que as mulheres, em que medida esse número revela uma cultura de não cuidado com a saúde e em que esses fatos repercutem no número de vulneráveis sociais, homens, usuários de drogas em situação de rua, bem como a responsividade do sistema de saúde para esses. Para Batista<sup>(43)</sup>, o acesso e qualidade insatisfatória dos serviços de saúde no Brasil incidem na condição de vida, adoecimento e morte dos negros no Brasil.

Tal compreensão pode auxiliar gestores e tomadores de decisão quanto ao tratamento do uso de drogas para que haja uma diminuição das iniquidades e injustiças sociais para esse público específico, maximizando os benefícios de uma intervenção em saúde que promova resultados positivos.

Vale ressaltar ainda que não se pretende fazer um estudo aprofundado sobre os tipos de masculinidades, mas sim compreender a construção social da masculinidade hegemônica<sup>(42)</sup> e predominante na sociedade brasileira, para permitir aportes nas considerações relacionadas à responsividade do sistema de saúde para usuários de drogas, homens, negros, em situação de rua e na atualidade.

Considera-se, em consonância com Batista, que o cuidado em saúde, assim como os processos relacionados a adoecimento, comprometimento da saúde e morte, está diretamente relacionado ao processo de construção social do que é saúde, doença e morte, a partir do “espaço social que homens e mulheres, brancos e negros, ocupam na sociedade”<sup>(43)</sup>.

Ao longo da história da construção social do campo da saúde, a saúde dos homens foi e permanece sendo alvo de pouca discussão, assim como de ações de prevenção e promoção da saúde, suscitando a necessidade de compreender o processo pelo qual se deu (ou não) o estímulo para o autocuidado da saúde do homem

por meio de investimentos e políticas específicas, bem como as implicações bioéticas existentes dessa ausência.

Conforme pesquisas<sup>(42;44-47)</sup>, a crença na invulnerabilidade e na invariabilidade do comportamento de risco nos homens é um dos obstáculos para que o homem verbalize o que sente e busque os serviços de saúde. Nesse ponto, necessitamos compreender como se dá a construção, reconstrução e manutenção social da masculinidade. Construção essa que contribui para a desvantagem em termos de morbimortalidade do homem comparativamente às mulheres. No entanto, Separavich Canesqui<sup>(42)</sup>, em seu estudo, chamam a atenção para a existência de múltiplas masculinidades, ainda que reconheça a existência de um padrão dominante<sup>(46)</sup>.

É possível recorrer às revistas, filmes, músicas, novelas, dentre outros dispositivos menos científicos, para compreender o processo social e de subjetivação da masculinidade, em que atributos e funções são construídos, mantidos e reforçados socialmente para distinguir homens de mulheres não apenas biologicamente. Januário<sup>(48)</sup> aponta que o senso comum identifica a masculinidade como um atributo 'natural' do homem, assim como a agressividade, a sexualidade, a força, etc.

A construção da subjetividade masculina como descrito acima é um importante e significativo fato que dificulta o autocuidado destes<sup>(45;49)</sup>. Assim, os autores trazem que “a dominação dos homens e a perspectiva heterossexuada do mundo”<sup>(45)</sup>, enquanto sujeito masculino, dotado de virilidade, sempre forte e não vulnerável, faz com que esses estejam “prisioneiros, uma vez que o privilégio masculino pode ser uma cilada, fazendo com que a todo custo o homem tenha de provar a sua virilidade”<sup>(45)</sup>, repercutindo na sua forma de estar no mundo, no seu autocuidado e na relação com a sua saúde<sup>(42;44-45;47)</sup>.

A pesquisadora Zanello<sup>(49)</sup> traz uma importante perspectiva para pensar a construção da masculinidade viril, a partir duma perspectiva interseccional de raça, classe e gênero, as quais interessam a este trabalho.

A primeira afirmação elaborada pela autora é a de que a masculinidade hegemônica e seguida pelos homens é estruturada a partir do “dispositivo da eficácia”, pautada no homem enquanto trabalhador/provedor e sexualmente ativo (neste caso, a autora especifica que essa sexualidade se dá pelo homem que penetra, distante da perspectiva das mulheres que “devem” ser penetradas). Assim, penetrar, objetificar e consumir a mulher é, desde tenra idade, transmitido ao homem como modelo de masculinidade viril.

Ora, o mimetismo dos homens é um mimetismo de violências. De violência inicialmente contra si mesmo. A guerra que os homens empreendem em seus próprios corpos é inicialmente uma guerra contra eles mesmos. Depois, numa segunda etapa, é uma guerra com os outros<sup>(50)</sup>.

Assim, procurar o serviço de saúde e cuidar do seu corpo e da sua mente, na cultura da virilidade, é um comportamento que atenta contra a sua própria virilidade de macho (mesmo os não heterossexuais) que não sofre e que não é subalterno, demandando um “endurecimento dos afetos e do corpo”. Complementando a passagem anterior, Zanello<sup>(49)</sup> afirma que:

Se a “essência” masculina é pautada pela ação energética, autodomínio, expansão, engajamento em questões sociais, vida pública, dominação e prazeres sexuais, o menino deve então “endurecer-se” para se tornar verdadeiramente um homem. Para isso, deve aprender a ser resistente ao cansaço, ao frio, ao álcool, além de ser capaz de se arriscar e mesmo de executar tarefas perigosas<sup>(49)</sup>.

Chorar, manifestar sofrimento e dor é comportamento esperado de quem é penetrado e não por quem penetra. Para Zanello<sup>(49)</sup>, a misoginia, a virilidade e homofobia estão no centro da construção e fortalecimento da identidade masculina.

Daniel Welzer-Lang<sup>(50)</sup> aborda o conceito de virilidade, em que determinadas performances masculinas são cobradas desde a infância, a exemplo de não se permitir chorar. O choro nos traz elementos para refletir sobre o suposto “enfraquecimento” da virilidade masculina, não apenas culturalmente, mas também pelo viés da medicina. A “homossociabilidade”, enquanto relações de cunho social entre meninos e meninos (ou entre meninas e meninas), ou seja, por pessoas do mesmo gênero<sup>(51)</sup>, ensina aos meninos que chorar é coisa de menina. Que podemos definir como relações sociais entre as pessoas de mesmo sexo, ou seja, as relações entre homens ou as relações entre mulheres.

O choro, conforme o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM5)<sup>(51)</sup>, está associado a sintomas de depressão, fobia, transtorno de ansiedade social (no qual a diagnóstico relacionado à cultura incide), transtorno de estresse agudo, dentre outros, conforme quadro abaixo.

Quadro 1 - Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero - Sintomas do choro

*(continua)*

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero - Sintoma do choro			
Transtorno	Feminino	Masculino	OBSERVAÇÃO
Transtorno Bipolar Tipo I	x		
Transtorno Bipolar Tipo II	x	x	
Transtorno Depressivo Maior	x		“Embora o achado mais reproduzível na epidemiologia do transtorno depressivo maior tenha sido uma prevalência maior no sexo feminino, não existem diferenças claras entre os gêneros em sintomas, curso, resposta ao tratamento ou consequências funcionais. Em mulheres, o risco de tentativas de suicídio é mais alto, e o risco de suicídio completo, mais baixo. A disparidade na taxa de suicídio por gênero não é tão grande entre aqueles com transtornos depressivos quanto na população como um todo.” <sup>(51)</sup>
Fobia Específica			Não apresentado
Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social)	x		
Transtorno de Pânico			“As características clínicas do transtorno de pânico não parecem diferir entre os sexos. Existem algumas evidências de dimorfismo sexual, com uma associação entre transtorno de pânico e o gene catecol-O-metiltransferase (COMT) apenas em indivíduos do sexo feminino.” <sup>(51)</sup>

Quadro 1 - Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero - Sintomas do choro

(conclusão)

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero - Sintoma do choro			
Transtorno	Feminino	Masculino	OBSERVAÇÃO
Especificador de Ataque de Pânico	x		
Transtorno de Estresse Pós-traumático	x		
Transtornos de Adaptação			Não apresentado
Transtornos de Despertar do Sono Não REM	x		“Alimentar-se durante episódios de sonambulismo é mais comum em indivíduos do sexo feminino. O sonambulismo ocorre com mais frequência em indivíduos do sexo feminino durante a infância e em indivíduos do sexo masculino na fase adulta.” <sup>(51)</sup>
Transtorno da Personalidade Evitativa	x	x	“O transtorno da personalidade evitativa parece ser igualmente frequente em ambos os sexos.” <sup>(51)</sup>
Episódios Depressivos com Hipomania de Curta Duração	x		“Hipomania de curta duração pode ser mais comum em indivíduos do sexo feminino, que podem apresentar mais características de depressão atípica.” <sup>(51)</sup>
Transtorno do Luto Complexo Persistente	x		“É mais prevalente em indivíduos do sexo feminino do que nos do sexo masculino.” <sup>(51)</sup>
OBS: Alguns transtornos não apresentam “Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero”. Nesse caso, recorreremos à observância da “Prevalência” para o sintoma choro, por vezes utilizando da descrição, para melhor observância do leitor.			

Fonte: Autora a partir do DSM5<sup>(51)</sup>.

Assim, é possível observar que na pesquisa relacionada com a palavra “choro”, o sintoma é associado a 13 transtornos. Desses, 8 (oito) estão relacionados ao gênero

feminino, 2 (dois) a ambos os gêneros, 3 (três) não apresentaram nem “Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero” e nem “Prevalência”. Exclusivamente ao gênero masculino, nenhum transtorno relacionado ao choro foi descrito no DSM5<sup>(51)</sup>.

Um dos transtornos associado ao choro é o do Pânico, que ao ser analisado pela perspectiva de gênero, a descrição apontada pelo manual, indica mais uma fragilidade atribuindo o choro ao feminino, ao apontar que:

As características clínicas do transtorno de pânico não parecem diferir entre os sexos. Existem algumas evidências de dimorfismo sexual, com uma associação entre transtorno de pânico e o gene catecol-O-metiltransferase (COMT) apenas em indivíduos do sexo feminino<sup>(52)</sup>.

Ao analisar questões diagnósticas relativas ao gênero no DSM5, encontramos que gênero foi “integrado” aos transtornos apenas nesse volume, por reconhecer a sua influência nas doenças, bem como para a oferta de serviços. Reconhece que “críticas ao DSM-5 incluem a análise de possíveis diferenças entre homens e mulheres na expressão de doença mental”<sup>(52)</sup>. Indica ainda a predileção pelo uso do termo gênero, compreendendo que “com mais frequência, as diferenças entre homens e mulheres são o resultado tanto do sexo biológico quanto da auto representação individual. Contudo, algumas diferenças baseiam-se apenas no sexo biológico”<sup>(52)</sup>.

Para alguns transtornos, como o de aprendizado, o manual não reconhece a questão racial como uma variável, no entanto, reconhece ser mais comum a presença no gênero masculino.

Ao analisar apenas as questões relacionadas a gênero, é curioso observar que apesar de identificar que transtornos como o espectro autista, que é quatro vezes mais prevalente entre o gênero masculino, o manual descreve questões relacionadas ao gênero feminino. Isso ocorre também com a esquizofrenia que apesar de ser “um pouco inferior no sexo feminino”, as características descritas estão todas atribuídas ao feminino. Os sintomas nos homens são preservados ou não explicitados, ainda que o mesmo manual aponte que a prevalência é aproximada para ambos os gêneros.

A idade do aparecimento é mais tardia nas mulheres, com um segundo pico na meia-idade, conforme descrito anteriormente (ver 104 Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos a seção “Desenvolvimento e Curso” para esse transtorno). Os sintomas tendem a ser mais carregados de afeto no sexo feminino, havendo mais sintomas psicóticos, bem como uma propensão maior para a piora destes mais tarde na vida. Outras diferenças incluem menor frequência de sintomas negativos e desorganização. Por fim, o funcionamento social tende a permanecer mais bem preservado em indivíduos do sexo feminino. Existem, porém, exceções frequentes a essas explicações gerais<sup>(52)</sup>.

Vale ressaltar que o manual é elaborado pela associação americana de psiquiatria, composta por especialistas internacionais multidisciplinares, de todas as áreas da saúde mental, os quais compuseram grupos de trabalho. O DSM5 foi disponibilizado após 10 anos de trabalho desse grupo. Conforme endereço eletrônico da Associação Americana de Psiquiatria (APA)<sup>(51)</sup>, a revisão foi realizada pela Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), pela World Psychiatric Association e pelo National Institute of Mental Health (NIMH), recebendo, no período de 2003 a 2008, o apoio do NIMH, do National Institute on Drug Abuse (NIDA) e do National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA). A função nobre da presidência e vice-presidência do processo foi conduzida por pessoas do gênero masculino. Não foi possível identificar o gênero dos membros.

De acordo com o Relatório da Conferência Internacional para a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), atualmente, está em vigor a CID-10, que foi aprovada em maio de 1990. Para essa atualização, houve a adoção de códigos alfanumérico, ampliando nesse aspecto o número de códigos e com “alteração radical” nos CIDs relacionados a Transtornos mentais e comportamentais, de acordo com o endereço eletrônico do ICD-10 (International Classification of Diseases, Tenth Revision)<sup>(53)</sup>. Comparando o CID 8 com o CID10, houve a ampliação de 68.000 códigos. Em consonância com Zanillo & Costa e Silva<sup>(54)</sup>, o que é percebido na atualidade é uma medicalização da vida, ou como indicam os autores, “medicalização das mazelas sociais”, em que, para muitos, o uso de alguma substância psicoativa atinge ao mesmo propósito: medicalização da vida.

Vale ressaltar que o CID 11 já está em processo de discussão, com previsão de análise final em 2019 (durante a Assembleia Mundial da Saúde) e posterior lançamento em 2022.

Zanillo<sup>(49)</sup> trabalha com o conceito de “dispositivo da eficácia” para traçar o modo como a subjetividade hegemônica masculina é interpelada, que como já foi mencionado, se dá pela virilidade sexual e laborativa.

Não buscar o cuidado em saúde é uma prova de masculinidade, impactando não apenas na saúde física, como mental dos homens, estando aí uma das possibilidades para a identificação de um maior número de homens em situação de vulnerabilidade, em uso de drogas no Brasil, em que a cultura da masculinidade viril é a hegemônica.

A masculinidade predominante está atrelada a “supressão e castração dos sentimentos”, pelo “não ser” ou por estar no lado oposto ao que socialmente é atribuído ao feminino, por não ser homossexual ou não possuir qualquer característica que o aproxime dos traços femininos ou andrógenos<sup>(48)</sup>. Nessa perspectiva, é possível identificar as condutas varonis presentes na formação da masculinidade, estando em oposição a autoconservação, o autocuidado e a atenção à saúde. Também estão envolvidos nessa perspectiva os aspectos morais e econômicos.

O desafio contemporâneo ocorre na possibilidade de transformar o homem em um sujeito que possa cuidar da sua própria saúde, um ser de autocuidado, mudando assim o paradigma cultural de que o cuidar é uma habilidade, qualidade e obrigação da mulher. Compreende-se que o papel de gerar e de nutrir nos primeiros momentos da vida de uma criança é da mulher por ser quem abriga o feto/bebê e quem produz leite materno. No entanto, os homens precisam ser educados/formados enquanto cidadãos para que sejam capazes de cuidar de suas vidas e também de cuidar da saúde das crianças e de quem necessitar de algum cuidado<sup>(42;44-47)</sup>.

Do mesmo modo, os movimentos feministas e de busca de igualdade, aliados ao também cultural modo de provedoras de cuidados, historicamente destinado às mulheres, podem ser um indicador para o número inferior de mulheres em situação de vulnerabilidade, em cena de uso de drogas. Além do fato das mulheres historicamente sempre terem seu corpo mais exposto no campo da saúde, especialmente em virtude dos cuidados relacionados à gravidez, parto e pós-parto, a dor também é constituída socialmente para ser algo a ser suportado pela mulher<sup>(46)</sup>. É possível afirmar que o machismo é um aspecto ainda fortemente presente na nossa sociedade e o (não) cuidado em saúde é mais um componente para a sua manifestação.

Como as questões relacionadas à construção da subjetividade masculina estão atreladas à construção social das relações, não foi possível não tocar, em alguma medida, nas questões relacionadas ao sexismo e à subjetivação feminina, ainda que o mais significativo para esse trabalho seja a compreensão da maneira que os

comportamentos masculinos, a virilidade e os valores viris são ensinados e aprendidos, comprometendo a forma como os homens (des) cuidam da sua saúde. Conforme aponta Zanello<sup>(49)</sup>, os homens não são naturalmente ou biologicamente agressivos. A performance viril, não sendo uma manifestação da natureza dos homens, é construída e transmitida ao longo da vida dos homens, o que está vinculado a um contexto político que se instala por meio do dispositivo da eficácia (que é oposto ao dispositivo amoroso configurado para as mulheres).

O dispositivo da eficácia que orienta condutas viris pode ser compreendido enquanto uma “máquina de governo”, que na “pedagogia afetiva” permite que o sujeito faça parte de um determinado grupo, o qual não é o mesmo para homens brancos e para negros, ainda que guardem a configuração da eficácia. Zanello<sup>(49)</sup> aponta que interseccionando o sexismo e o racismo, o processo de subjetivação é ainda mais violento sobre os corpos negros, que ainda que estereotipados por uma suposta virilidade incomum, está posicionado em um lugar social inferior, justificando a preocupação com a reflexão quanto à possibilidade do SUS responder efetivamente às necessidades para o tratamento dos homens, negros, usuários de drogas, em situação de extrema vulnerabilidade, apontado como perfil dos usuários de crack e similares no Brasil pela pesquisa da Fiocruz.

A questão racial por vezes é negligenciada das reflexões relacionadas à responsividade do sistema de saúde quer seja pelas barreiras institucionais, quer seja pelas barreiras da construção subjetiva do homem negro, em que ser bom negro era ser escravo, o que significava ser “subserviente, “obedecedor”, reconhecedor dos direitos do seu “Sinhô” branco (sob a pena de apanhar ou ser morto), ou seja, de se limitar a “seu lugar”<sup>(49)</sup>. Assim, por essa perspectiva, além de negro, ser usuário prejudicial de drogas e em condição de rua, estigmatizado, esse grupo populacional, forjado pela masculinidade marginalizada, por vezes se coloca no seu devido lugar, ou seja, fora dos serviços, por também não conseguir se perceber como aquele que, como todo o cidadão brasileiro, tem direito ao serviço de saúde. A democracia racial é um mito e a responsividade do serviço de saúde não está livre dos signos do racismo institucional, não sendo possível realizar uma desconexão dos problemas de saúde com o racismo e as questões sociais.

A tecnologia de gênero e suas representações, que constrói o ideal do homem dotado de privilégios, empreendedor, assim como o racismo e o sexismo, são importantes barreiras, reconhecidas pela Política Nacional de Atenção Integral à

Saúde dos Homens, para o autocuidado dos homens. Aqui é importante ponderar que ao tratar da saúde do homem, estamos olhando para aqueles biologicamente homens, em que a sua condição de não heterossexual, não destrói/desfaz, a construção subjetiva inculcada desde a infância, quanto ao seu superpoder, imune às doenças e sofrimentos físicos e mentais.

Estudiosos sobre questões relacionadas à saúde do homem afirmam que não há igualdade de gêneros, a qual não se dá apenas pela percepção biológica, mas se instala principalmente no campo simbólico e social<sup>(46;55)</sup>. As diferenças de gênero no risco de adoecer se distinguem a partir do estilo de vida, em que o consumo de álcool e tabaco, estresse e trabalho aparecem como importantes marcadores, fatores genéticos ou hormonais.

É possível defender que a vulnerabilidade física dos homens se deve em medida significativa em decorrência de uma maior vulnerabilidade psíquica. Essa é erigida tanto pela construção de uma identidade arriscada quanto daquele que provoca ações violentas, seres onipotentes. Tal identidade não combina com a daquele que pode adoecer<sup>(46)</sup>.

Construiu-se a narrativa de que os homens, ao longo da história da humanidade, eram aqueles que eram enviados para missão de defesa da pátria e da família, como a caça e as guerras, enquanto as mulheres eram aquelas que ficavam em casa cuidando dos filhos e à espera do retorno dos seus homens. Nesse sentido o homem era responsável pelo sustento e por responder pelas necessidades materiais da família.

Os homens reportam mais doenças graves fatais. Questões decorrentes do uso de álcool, tabaco e outras drogas, como apontado por Pinheiro<sup>(46;55)</sup>, são mais prevalentes no homem.

Ao refletir sobre os grupos populacionais, a política de saúde do homem foi a última a ser formulada e vem para dar conta de uma faixa etária que estava descoberta pelo atendimento no SUS (compreendendo que a faixa etária anterior aos 20 anos está contemplada na política voltada para os adolescentes e, após os 59, na política voltada para a população idosa).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) foi criado em 1983 (em 1984, o PAISMC foi dividido em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança - PAISC), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foi instituída através

da Portaria GM 2528 de 19 de outubro de 2006. Já a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi institucionalizada pela Portaria 1.944 de 27 de agosto de 2009<sup>(56-58)</sup>.

É necessário considerar que a política voltada para as mulheres foi estruturada e formulada no bojo dos movimentos pelos direitos sociais, assim como a política de proteção às crianças também esteve atrelada ao cuidado à saúde da mulher. Tal aproximação ao longo do tempo e a natural separação com a maturidade da discussão sobre o tema se deu no sentido da proteção a maternidade e do direito da mulher ao trabalho. Foi identificado que o absenteísmo para cuidar das crianças doentes era grande entre as mulheres, com alto índice de mortalidade infantil e, por esse motivo, no ano de 1970, foi implantado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, até que na década de 1980 foi desvinculada a atenção a saúde da mulher e da criança e adolescente<sup>(59)</sup>.

É possível afirmar que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foi impulsionada pelo 2º Plano de Ação Internacional Sobre o Envelhecimento, pela 2ª Assembleia Geral sobre o Envelhecimento da Organização das Nações Unidas - ONU, pelo Estatuto do Idoso de 2003 (instituído pela Lei nº 10.741) e pela transição demográfica com a diminuição da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida e diminuição da fecundidade<sup>(60-61)</sup>.

Apresentar as políticas relacionadas às fases da vida e implementadas anteriormente à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é elemento de reflexão para o qual novo é o olhar específico no investimento para o autocuidado desse grupo populacional. Assim, a PNAISH, além de precisar se consolidar enquanto tal, ainda terá, ao longo do tempo, de enfrentar as barreiras relacionadas à desconstrução da cultura viril, que faz com que os homens (heterossexuais ou não) acreditem que são invulneráveis e mais resistentes às enfermidades que as mulheres, bem como com a desconstrução da vida sexual como sendo central e objeto prioritário do cuidado da saúde do homem. Ressalta-se que em função do modo como foi construída socialmente uma imagem do homem como invulnerável ou menos sujeito às limitações em saúde que as mulheres, políticas que não tivessem corte de gênero (como as de velhice e adolescência), deixaram esses sujeitos menos protegidos por essas iniciativas, pois elas não eram capazes de enfrentar essa imagem, uma vez que não a tematizavam.

Considerando as morbidades que mais acometem os homens, temos o infarto, o acidente vascular cerebral, doenças mentais e sofrimento psíquico (especialmente os associados ao consumo de alguma substância psicoativa), cânceres (pulmão, próstata e pele), colesterol elevado, pressão arterial elevada, sendo a maioria dessas enfermidades provocada por causas evitáveis. Ações preventivas para as doenças evitáveis incidem na modificação de hábitos de vida, como alimentação, atividade física regular, etc. No entanto, essa mudança de hábito de vida não parece ser algo factível para usuários de drogas e em extrema vulnerabilidade como os que estão em situação de rua.

Um dos motivos é a condição desfavorável e/ou indigna em que vivem, onde não se percebe uma efetiva articulação entre as políticas que favoreçam esse processo de mudança. Políticas como a de alimentação saudável, esporte e cultura, atuando efetivamente de forma intersetorial junto a esse público, possibilitaria a prevenção de doenças e mortes por causas evitáveis como as relacionadas ao aparelho vascular, sendo possível refletir que o usuário (sobre)vive, de forma desigual a mais um relevante aspecto que afeta a saúde dos homens.

Variáveis de gênero ou fatores comportamentais dos homens figuram como um desafio para a modificação dos indicadores de saúde dos homens. No ano de 2003, por exemplo, no Brasil, os homens representaram um risco de morte cerca de cinco vezes maior (com taxa de 122,7) em relação à taxa de mortalidade das mulheres (com taxa de 22,1). Outros exemplos são os elevados coeficientes de mortalidade masculina por câncer de pulmão, cardiopatias e bronquites, associados ao hábito de fumar, que é ainda mais difundido entre os homens do que entre as mulheres. Nessa categoria deve ser incluído, também, dentre os exemplos marcantes, o uso abusivo de bebidas alcoólicas e a consequente mortalidade por doença alcoólica e do fígado.

Desse modo, pensar na efetivação da política do homem, com idades de 20 a 59 anos, é um dos meios de buscar a equidade de gênero, na atenção à saúde, considerando que os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apontam que a população masculina em 2016 era de 57%.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída após 20 anos da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), após o estabelecimento da política nacional da saúde da mulher, da criança, do adolescente e do idoso, por estes fazerem parte dos “estratos mais frágeis da sociedade”. Trata-se de um esforço para que os homens possam cuidar da sua saúde e oportunizar que

os serviços possam criar estratégia para atrair e assim tratar de agravos relacionados a esse público específico, com priorização para as ações de prevenção, promoção e proteção básica à saúde<sup>(47)</sup>. Composto por cinco eixos, quais sejam acesso e acolhimento, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e cuidado, doenças prevalentes na população masculina e prevenção de Violências e Acidentes, a PNAISH reconhece a necessidade e importância de tratar das barreiras socioculturais e institucionais para que efetivamente os homens tenham acesso com qualidade aos serviços, tomando “a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção”<sup>(47)</sup>.

A PNAISH, que foi institucionalizada formalmente por meio da Portaria 1.944 de 27 de agosto de 2009, fornece subsídios, com princípios e diretrizes, com definição de papéis entre os entes federados (gestão federal, municipal e estadual) para que gestores possam viabilizar a implantação da política de forma descentralizada, a partir de um comando único, para a promoção da saúde, bem como prevenção de agravos, assistência às demandas e recuperação da saúde do homem. Considera, além das questões/barreiras institucionais e culturais, os determinantes sociais em saúde e as principais enfermidades que acometem esse grupo populacional. O Pacto pela Vida, instituído em 2006, por meio da portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, também foi uma importante referência para gestores de saúde no Brasil, para o incentivo a implantação da PNAISH, ao definir “como um de seus eixos principais a Saúde do Homem”<sup>(47)</sup>, estando articulada às demais políticas de fases da vida, as quais foram mencionadas.

A operacionalização da PNAISH deve estar baseada na “atenção integral, valorizando, fundamentalmente, a promoção, a prevenção, a proteção da saúde e a qualidade de vida, bem como a educação” (46), atuando de forma intersetorial e alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica e com a Política Nacional de Humanização (PNH), “privilegiando a Estratégia de Saúde da Família”<sup>(47)</sup>.

A PNAISH traz o alcoolismo e o tabagismo como grandes problemas de saúde pública, sendo indicado enquanto um dos importantes diagnósticos a serem realizados, pelo fato de ser uma das principais causas de morbimortalidade entre os homens. Apesar de destacar o uso prejudicial de álcool e tabaco, compreendemos que não é incomum o uso de múltiplas drogas pela população masculina, como também foi apontado pela pesquisa da Fiocruz.

No entanto, é possível analisar que a PNAISH está também relacionada às questões do campo médico da urologia e da disfunção erétil como um problema de

saúde pública<sup>(62)</sup> a ser enfrentado pelo governo brasileiro, corroborando com o que já foi apresentado por Zanello<sup>(49)</sup> quando aponta para a cultura da virilidade. Nesse sentido, a ameaça à virilidade também é um componente que estimula a implementação desta política e o exame para a detecção do câncer de próstata, um dos principais motes para campanhas destinadas ao público masculino (heterossexual ou não), com “medicalização da sexualidade masculina”. Apesar da PNAISH pretender ser mais abrangente do que a saúde sexual e reprodutiva e abarcar as diversas vulnerabilidades no campo da saúde, o que se percebe efetivamente é o incentivo à busca pela prevenção em saúde, a partir do bem estar sexual do homem, com reforço a esse lugar da masculinidade com priorização da virilidade sexual em detrimento a saúde física e emocional.

Os eixos relacionados a acesso e acolhimento, bem como a adequação desse acolhimento estão presentes na PNAISH, como forma de incentivar e facilitar que os homens busquem os serviços de saúde. Nessa perspectiva, os usuários de drogas e em situação de rua poderiam se beneficiar da melhoria do acesso e da qualidade da oferta com repercussões positivas para suas vidas.

Compreende-se que existem barreiras de cunho socioculturais e barreiras de natureza institucional que contribuem para que os homens busquem menos o sistema de saúde que as mulheres. Nesse sistema, a atenção básica desempenha um papel fundamental na garantia do acesso e qualidade da atenção à saúde em geral, sendo um importante e potente canal para o tratamento ao uso prejudicial de droga para aquele que deseja, por ser, em tese, o primeiro contato do cidadão com o serviço de saúde, independentemente de ser domiciliado ou em situação de rua. No entanto, pesquisas apontam que o acesso e a qualidade do serviço ofertado para os homens ainda está distante do ideal<sup>(44;46-47)</sup>.

A melhoria no acesso e qualidade dos serviços de saúde, como já foi apontado em capítulo anterior, não é uma especificidade para o cuidado da saúde do homem e muito menos para o usuário de drogas, mesmo já sendo reconhecido que aportar investimentos contribui para a resolutividade e equidade, ou seja, em melhores resultados em saúde repercute em diversos setores como na economia, na previdência social, etc.

Existe a crítica de que os serviços de saúde não oferecem um ambiente acolhedor para o público masculino. A existência de equipe técnica e administrativa com predominância feminina é um fator que é apontado por especialistas como

inibidor para que o homem busque o serviço de saúde e seja cuidado/atendido<sup>(63)</sup>. Vale ressaltar que as campanhas também reforçam o lugar da mulher como quem cuida e quem é cuidada, quer seja nos cartazes e imagem das campanhas preventivas quer seja nas diversas formas de manifestação da estética das campanhas, a exemplo das cores e personagens utilizados. As profissões relacionadas ao cuidado e consideradas como “afetivas”, conforme aponta Zanello<sup>(49)</sup> são apontadas como femininas. Assim, analisamos que, diante de um grupo populacional com uma masculinidade viril e heteronormativa, uma das possibilidades de favorecer que os homens busquem mais os serviços de saúde é “dessentimentalizar o cuidado”.

A representatividade dos homens em cartazes relacionados ao cuidado em saúde é baixíssima, assim como as cores das paredes dos serviços de saúde. Isso também estão no bojo das barreiras institucionais que não tornam os serviços mais atrativos para o público masculino. O exemplo do banheiro masculino, que recebe menos cuidado (como a disponibilização de papel higiênico) que os banheiros femininos, também nos permite analisar como a oferta do cuidado é sinalizada nos diversos espaços institucionais. Alguns estudos apontam ainda que a existência de serviço específico voltado para os homens, poderia ser um elemento para suprir a barreira institucional da representatividade<sup>(42;45-46)</sup>.

Os homens (heterossexuais ou não) tiveram a sua construção subjetiva pela virilidade sexual e laborativa, fazendo parecer, portanto, que não necessitam de cuidado. Já as mulheres, que tiveram a sua construção subjetiva e representações sociais pautadas no dispositivo materno e amoroso, são aquelas que cuidam e culturalmente também possuem a cultura do autocuidado<sup>(49)</sup>. Apesar da necessidade de cuidado ser tanto para homens quanto para as mulheres e a mortalidade ser mais prevalente entre os homens, a evitação destes pelo cuidado, bem como a manutenção do imaginário do homem como aquele que dispensa cuidado é apresentada por Gomes, Nascimento & Araujo<sup>(45)</sup> de forma bastante consistente ao afirmar que:

à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfiar acerca dessa masculinidade socialmente instituída.

É possível avaliar que os homens buscam menos os serviços, faltam com maior frequência às consultas agendadas, têm baixa adesão aos tratamentos e, por outro

lado, é possível perceber um despreparo dos profissionais dos serviços para o atendimento a esse público.

Se fizermos a análise de que os homens, independente da sua condição social (que é outro condicionante), têm baixa procura pelo serviço de saúde, é possível avaliar que para homens que carregam consigo o estigma da exclusão e das moralidades, o receio e os “fantasmas” pela busca de serviço de saúde são ainda maiores. Diante disso, avalia-se que os serviços não estão preparados para o acolhimento e escuta especializada para os usuários de drogas e em situação de rua<sup>(44;46-47;55)</sup>.

O horário de funcionamento dos serviços é um dos desafios institucionais a ser superado no âmbito do SUS. Um dos argumentos utilizados pelos homens para a não busca dos serviços de saúde para a prevenção, promoção e cuidado em saúde é a acessibilidade, apresentado entre outros elementos, pelo horário de funcionamento dos serviços que se dá no mesmo horário comercial em que estão desenvolvendo atividades laborais. Apesar de muitas mulheres serem chefes de família e sustentarem financeiramente todos da casa, incluindo os homens, estes ainda representam uma importante força produtiva<sup>(42)</sup>, especialmente na “mão de obra pesada”, pouco qualificada e de vínculos precários como ocorre com muitos homens que são usuários de drogas e estão em situação de rua. Nesse sentido, quando os homens buscam o cuidado em saúde, a questão para a qual ele requer cuidado já está em estado avançado, demandando a utilização de serviços de alto custo e por vezes repercutindo na vida reprodutiva deste homem e manutenção na condição de vivência (especialmente para quem está na condição de rua)<sup>(46;55)</sup>.

A questão laboral é apresentada por teóricos sobre a temática como uma importante barreira para que os homens não busquem os serviços de saúde. Esse argumento é o mais apresentado pelas pesquisas, mesmo que essa associação entre atividade laboral e sustento da casa esteja relacionada ao passado, tendo sido modificada ao longo do tempo com a inserção cada vez mais significativa das mulheres no mercado de trabalho. Contudo, mesmo com essa modificação, significando muitas vezes dupla jornada de trabalho, as mulheres permanecem cuidando mais da sua saúde do que os homens, sendo essa barreira aqui avaliada como algo que requer mais pesquisas atuais.

No entanto, é possível associar o horário de funcionamento do serviço, com o local onde ele está situado, enquanto justificativas correlacionadas à necessidade de

atender as demandas do mercado de trabalho, pois o deslocamento, por vezes, gera atraso no cumprimento do horário de trabalho. Dentro do dispositivo da eficácia, o trabalho é “a principal obrigação da vida” do homem. Ressalta-se que a atividade laborativa é um componente importante na construção da masculinidade vigente, compreendida enquanto posicionamento energético, sexualmente ativo, corajoso, resistente fisicamente e moralmente, com capacidade de autocontrolar as emoções e o corpo<sup>(49)</sup>. Dentro dessa construção de identidade, não cabe a percepção da necessidade da prevenção e do cuidado em saúde, nem da finitude da vida, mesmo que comportamentos de risco também estejam presentes nessa construção identitária.

Conforme Santos<sup>(44)</sup>, existem no Brasil experiências em que houve mudança na busca de homens por serviços que modificaram os horários de funcionamento, em que não houve a necessidade de espera pelo atendimento, quer seja em filas para agendamento, busca de informações, etc., quer seja na efetiva consulta, com atendimento fora do horário comercial, a exemplo do horário do almoço, atendimento 24 horas (ou com horário noturno) e aos finais de semana. Nesse sentido, é possível apontar que a porta de entrada, enquanto acolhimento ao público masculino, é um dos principais desafios para a diminuição da morbimortalidade desse grupo populacional. Santos<sup>(44)</sup> revela ainda que a fragilidade no acolhimento também é presente no despreparo dos profissionais para as demandas apresentadas pelo público masculino.

São demandas relacionadas ao abuso de álcool ou drogas, à violência urbana ou doméstica, ou a sofrimentos mentais ou doenças psiquiátricas. Diante desses problemas, recusam-nos como de suas competências na APS, quase sempre argumentando que deveriam ser referidos a serviços especializados. Esta atitude pode acabar fechando a porta dita de entrada do sistema de saúde<sup>(44)</sup>.

Marcado pela desvantagem social, para alguns usuários de drogas em situação de vulnerabilidade, que não atendem a expectativa da masculinidade hegemônica, em que a pobreza os coloca numa posição de masculinidade subordinada, onde o trabalho, a fortaleza, a suposta imunidade, da sexualidade não é presente de forma significativa, a violência se configura como uma forma performática de virilidade.

O despreparo apresentado em forma de preconceito e reprodução de estigma é ainda mais explícito para aqueles que são usuários de drogas, sendo emergente a compreensão do quanto esses elementos produzem sofrimento mental e físico, uma

vez que “a produção da saúde se orienta pela produção de vida social”<sup>(64)</sup>, repercutindo na não procura do usuário de drogas aos serviços de saúde.

As questões relacionadas a acesso e qualidade, aliado a barreiras culturais e comportamentais incidem diretamente na saúde do homem, que busca a atenção especializada, ou seja, quando o problema já está instalado em detrimento à atenção primária que é a porta de entrada da população aos serviços de saúde.

Os fatores comportamentais são apresentados como um importante desafio para o sistema de saúde atrair os homens, em especial os negros, embora não somente estes, para o autocuidado em saúde. Estudos apontam que as questões comportamentais e os transtornos mentais são elementos importantes para a análise das questões relacionadas à saúde do homem. Em estudo realizado na cidade de São Paulo, Batista<sup>(43)</sup> identificou não apenas que a dificuldade de acesso a saúde é uma barreira para que o homem negro estabeleça o seu autocuidado, mas que a mortalidade dos negros é maior se comparada com a de homens brancos quando a causa da morte estava relacionada ao uso de álcool, apontando que “a habilidade de beber também se relaciona com os estereótipos masculinos, a socialização, a competitividade, a conquista e a atração”.

O medo de descobrir alguma enfermidade e essa descoberta acarretar em algum prejuízo para o emprego faz com que muitos homens só busquem o atendimento em serviços de saúde quando já estão com problemas crônicos e não para ações preventivas. O comportamento de um ser onipotente e que não precisa de cuidados, o medo de adoecer e a ausência de cultura da prevenção são fatores que favorecem que os homens adoeçam mais que as mulheres.

A violência é um importante fator comportamental que está relacionado à saúde do homem, bem como a sua própria subjetividade, estando ligado a questões socioeconômicas, e de saúde mental, álcool e outras drogas. Ao tratar da violência, Separavich & Canesqui<sup>(42)</sup> apontam que tanto armas, quanto o carro são representantes de símbolos de poder dentro da cultura masculina ostensiva. Os dados do Atlas da Violência de 2018<sup>(65)</sup> dos que mais são atingidos pela violência estão em convergência com a reflexão de Separavich & Canesqui<sup>(42)</sup> e com a pesquisa da Fiocruz, que traz como perfil dos que estão em uso de drogas em cenas de uso e dos que são atingidos pela violência os homens, jovens e negros. Separavich & Canesqui<sup>(42)</sup> ressaltam que “ser homem, negro e jovem em determinados lugares sociais passa a ser um fator de risco de morte”.

Os números sobre mortalidade por causas externas entre homens e mulheres são díspares, com maior número para homens, assim como entre homens negros e homens brancos, com maior prevalência entre os negros, registrando uma desigualdade entre raça/cor e gênero, demandando mais cuidados para homens negros.

[...] há uma maior mortalidade dos homens negros por agressão com arma de fogo, agressão com objeto contundente e objeto não identificado, justificado, talvez, por falta de opções, de lazer, ter o bar como espaço de socialização, a arma como diversão e 'nada a perder' na vida<sup>(43)</sup>.

O autor ressalta ainda que os negros morrem mais que os brancos. Entre os motivos, estão os transtornos mentais devido ao consumo de álcool e outras drogas, as doenças infecciosas e parasitárias, como a tuberculose e o IST/Aids, e as causas externas, como os homicídios<sup>(43)</sup>.

A partir da compreensão dos elementos que constituem as barreiras para que os homens busquem o serviço de saúde e considerando os achados da Fiocruz, trazendo a população masculina enquanto aqueles que constituem predominantemente os usuários de drogas em situação de rua, podemos compreender que para esse grupo tais barreiras se somam a outros elementos como estigma, preconceito, discriminação devido a sua raça/cor, consumo de drogas e situação de rua. As questões relacionadas a gênero, classe/condição social e raça/etnia, em que os usuários apresentados no perfil traçado pela Fiocruz estão inseridos, também dialogam com as relações de poder e dominação existentes na sociedade. O acesso aos serviços de saúde, diante da construção social da masculinidade dominante, aporta jogos de poder. Dentre eles, os existentes entre os homens e destes com as mulheres, uma vez que a busca de prevenção ou o próprio tratamento de saúde pode ser considerado um sinal de fraqueza. Para Separavich & Canesqui<sup>(42)</sup>:

nem todos os homens detêm fatia igual de poder, os "pequenos homens" subordinados aos "mais poderosos" silenciam o duplo padrão assimétrico das relações inter e intragenéricas, num pacto tácito e estratégico que eclipsa as posições subalternas da hierarquia masculina dominante.

Elementos relacionados a poder, cuidado em saúde, homem negro e drogas, são apresentados por Batista<sup>(43)</sup> e Alves<sup>(46)</sup>, ao sinalizar que as condições sociais do negro no Brasil, em que é aquele homem em comparação com o homem branco, que tem o menor nível de instrução e qualificação profissional, trabalhos menos

remunerados e reconhecidos, menor condição de vida, como moradia, saneamento básico e segurança, fazendo com que esse se considere com menor poder de negociação na sua família. Tal condição de desigualdade social repercute negativamente no imaginário do homem negro. Com isso, o uso de álcool e outras drogas junto ao hábito de frequentar os ambientes onde ocorre esse consumo se apresentam como possibilidade para “reavivar sua masculinidade e autoestima”.

O que se reconhece nesse sentido é a da existência de uma hierarquia no cuidado em saúde, em que o homem negro, usuário de drogas e em situação de rua recebe os piores cuidados em saúde, em consonância com pesquisas que apontam que, para além de todas as barreiras enfrentadas pela população em geral, os homens negros e usuários de drogas são mais estigmatizados e sofrem mais preconceito por serem percebidos como “aqueles que não se encaixam no ideário da sociedade (sem vínculos familiares, emprego formal e moradia)”, sendo vistos como “pessoas diferentes e inferiores”<sup>(64)</sup>.

Tais elementos convocam uma análise por meio da Bioética de Intervenção, na perspectiva da justiça social e equidade.

A reflexão sobre a justiça social nos permite compreender grupos vulneráveis, como os homens, usuários de drogas e em situação de rua, a partir da perspectiva de que a equidade transmite a ideia de que seus princípios devem ser acordados numa situação inicial equitativa.

A justiça social pela perspectiva da BI traz um posicionamento de intransigência com a manutenção dos marcadores das desigualdades como raça, classe e gênero, que vulnerabilizam, que fragilizam grupos sociais, limitam o acesso ao serviço de saúde, não modificando o *Status Quo*. Na discussão no âmbito desta tese, há a identificação e o reconhecimento das iniquidades em saúde, em que os usuários recebem os piores tratamentos (quando recebem) nos serviços de saúde. Considera-se que aportar conhecimento sobre a justiça social permite trabalhar a perspectiva para que o homens negros, usuários de drogas e em situação de rua possam alcançar alguma igualdade na atenção a sua saúde, numa perspectiva da teoria da justiça com igualdade<sup>(66)</sup>.

A análise das iniquidades na atenção à saúde que atinge tantos aqueles que fazem uso prejudicial de drogas quanto ao público masculino em geral é identificada como um problema bioético persistente. Assim, é fundamental que, apesar de considerar as contribuições de pesquisadores de distintos países da América Latina,

a análise aqui se fundamente numa perspectiva dos países em desenvolvimento em que a exclusão social é gerada e faz parte do processo de desenvolvimento dos seus povos<sup>(67)</sup>. Desse modo, o tratamento reivindicado aqui deve ser equitativo e desigual, na medida em que atenda às distintas necessidades conforme as suas condições. Os usuários de drogas que estão em situação de extrema vulnerabilidade devido à condição de rua devem ter atenção diferenciada, considerando as iniquidades, as desigualdades e as interseccionalidades, com a finalidade de promover a igualdade (que aqui é entendida como ponto de chegada e não de partida).

A Bioética de Intervenção é apropriada para a discussão da justiça em saúde para homens, negros, usuários de drogas e em situação de rua por repercutir tanto no campo individual quanto no coletivo, estando na busca de solução para aqueles que são historicamente mais frágeis. Trata-se da Bioética que se ocupa de problemas que já deveriam ter sido solucionados anteriormente.

A manutenção do padrão de baixo acesso dos homens aos serviços de saúde, por vezes devido a uma ausência de cultura de autocuidado, onera o Estado. Isso porque muitas vezes eles não buscam a prevenção para as questões de saúde e sim para tratamento de agravos, inclusive em estado avançado de doença. A ausência do autocuidado, baixa percepção dos riscos efetivos desta e o retardo na busca por ações na atenção primária de saúde repercutem tanto na saúde desses sujeitos quanto no próprio sistema de saúde, que é onerado, à medida que precisa investir mais recurso no tratamento que poderia ter sido prevenido.

Nesse sentido, parece haver um desencontro de mão dupla: dos serviços do sistema de saúde, que desconsidera os impactos socioeconômicos envolvidos na experiência dos homens negros usuários de drogas na baixa busca pelos serviços, e dos usuários, que vestidos do escudo invisível da proteção e escondidos no papel “exigido” para um comportamento centrado na heteronormatividade buscam o serviço quando estão em estágio avançado da doença.

A barreira moral existente na relação do homem negro, usuário de drogas e em situação de vulnerabilidade, devido à construção simbólica e valores sociais construídos, reforça estigmas gerados tanto pelo próprio usuário que não percebe a necessidade de cuidado em saúde, quanto dos serviços que não estão prontos para compreender os elementos que “justificam” a não busca desses pelo cuidado em saúde. O artigo 10 da DUBDH nos ajuda a compreender como a ausência de

igualdade e justiça social para esse grupo social mantém o histórico de iniquidade que é fundamental para a dignidade desse grupo social.

Nesse sentido, a compreensão da construção social do homem torna-se mais um elemento para refletir como um dos obstáculos para a não responsividade do sistema de saúde para os usuários de drogas. Trata-se de um conflito moral, que gera tratamento indigno e degradante para aqueles que rompem as barreiras institucionais e comportamentais e conseguem buscar os serviços.

A partir do que foi apresentado quanto à construção da subjetividade masculina, dos entraves e possibilidades para que os homens acessem de forma responsável o sistema de saúde, percebemos que para tal grupo populacional, os avanços e desenvolvimento tecnológico não estão acessíveis para todos e nem da mesma maneira.

O aporte bioético proposto por Garrafa e Porto<sup>(67)</sup>, ao discutir a persistência de problemas que são de natureza das desigualdades e injustiças, convoca familiares, profissionais e gestores que tratam das questões relacionadas aos usuários prejudiciais de drogas à criação de meios e expedientes para diminuir as desigualdades sociais claramente expostas nas ruas das cidades (reafirmando que nem todos/as que estão em situação de rua são usuários de álcool e outras drogas), redistribuindo as riquezas existentes de forma a criar meios para restaurar a dignidade humana, promovendo equidade e compensando as desigualdades para aqueles que estão em situação desfavorável de dignidade humana.

O imaginário social, que aliado a todos os aspectos já citados acima, dificulta o acesso dos usuários de drogas aos serviços de saúde demanda uma reflexão de âmbito Bioético de maneira a, efetivamente, favorecer o cuidado em saúde. O preconceito e o estigma quanto à condição socioeconômica do usuário de drogas, bem como as moralidades envolvidas no campo das drogas, em que aqueles que as consomem são rotulados como seres que estão fora do ideário social e que, por esse motivo, são menos cidadãos e com menos direitos, precisa cessar para que a justiça social se estabeleça.

Conforme pesquisa de Bard e colaboradores<sup>(64)</sup>, ao apresentarem comportamento distintos daqueles esperados pela sociedade, os usuários de drogas “são discriminados, sujeitos marginais e criminosos, abolindo sua singularidade, potencializando situações de vulnerabilidade”. Desse modo, essa construção do imaginário do usuário de drogas tanto repercute na forma como os profissionais de

saúde olham para ele, como os próprios usuários se veem. Se para o público masculino, acessar o serviço de saúde significa romper obstáculos e barreiras de diversas ordens, ser homem, negro, em situação de rua e em uso de alguma substância psicoativa, especialmente ilegal, o torna menos elegível para o acesso e com qualidade ao serviço de saúde.

o princípio da equidade é tratamento diferenciado para os desiguais, então a forma pela qual as ações são realizadas pelos serviços e programas de saúde (realizado de forma integral, desconsiderando os diferenciais supracitados) estão promovendo desigualdades<sup>(43)</sup>.

Apesar dos homens terem os privilégios “materiais, culturais e simbólicos”<sup>(50)</sup>, a demanda aqui é para que haja, aliada às políticas já existentes para o estímulo dos homens e para aqueles que fazem uso prejudicial de drogas, uma política de mudança de cultura tanto dos profissionais que realizam o atendimento a esse público, quanto para os homens, negros e que trazem consigo outras interseccionalidades. Mesmo que existam várias masculinidades, a negação da mulher ou de determinados comportamentos, a exemplo do autocuidado, atribuído a elas, precisa ser rompido. Salientamos que os homens não heterossexuais, também reproduzem padrões reconhecidos na heteronormatividade, como a não demonstração de fragilidade no campo da saúde. Assim, o rompimento com a heteronormatividade masculina possibilita que homens, heterossexuais ou não, possam se libertar do aprisionamento do comportamento viril. Tal comportamento favorece prejuízos à saúde do homem, com sofrimento e adoecimento. É possível perceber ainda as desigualdades no campo da saúde, sendo necessário “criar outras âncoras identitárias e de reconhecimento”<sup>(49)</sup> desse homem.

Zanello<sup>(49)</sup> recupera historicamente que o cuidado “foi atribuído a grupos subalternos como escravos de guerra, negros escravizados, pobres e, de dois séculos para cá... mulheres”. O que se propõe é que as diferenças dentro das diferenças sejam analisadas ao propor estratégias para o cuidado da saúde, pois para além das masculinidades, existem as questões sociais e raciais (e de cor) que transpassam tanto a busca pelo cuidado, quanto as barreiras para que esse acesso se efetive. Trata-se de reivindicar possibilidades para que o usuário possa agir diante de uma realidade racista, classista, capitalista e moralista. Aqui se convoca a uma reflexão e ação daqueles que formulam as políticas e as aplicam para considerarem as desigualdades raciais, desigualdades sociais e as interfaces destas na saúde.

Assim, as barreiras sociais e culturais existentes para que os homens busquem menos os serviços de saúde, podem ser descritas como as que estão relacionadas ao estilo de vida, machismo, crença na manutenção do papel cultural de provedor e cuidador da família por meio do trabalho, recursos financeiros e o medo das doenças.

### 2.3 INTERSECCIONALIDADE E O RACISMO ENQUANTO MARCADOR SOCIAL PARA A RESPONSABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

É impossível dissociar saúde, das questões raciais (que também são uma questão social) e econômicas. Do mesmo modo, não é possível, especialmente no Brasil, dissociar política de saúde, política sobre drogas, política de atenção à saúde da população negra, política nacional para a população em situação de rua, política de segurança pública e política de justiça, do modo como o sistema de saúde responde às necessidades dos usuários de drogas e vulnerados, por estarem em situação de rua.

Por esse motivo, considerando o mosaico necessário para a análise da responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para usuários de drogas e em situação de rua, este capítulo objetiva discutir interseccionalmente a responsabilidade do SUS para esse grupo de vulnerados, o genocídio da população negra, a atual política de drogas, a política de segurança pública e de justiça criminal, a partir da provocação suscitada dos estudos do resultado do inquérito da Fiocruz sobre o perfil dos usuários de crack e similares no Brasil.

Trata-se de compreender como a “discriminação ativa” opera, na atual política de drogas, em interação com a política de saúde e de segurança pública (não apenas), enquanto “políticas contemporâneas que excluem indivíduos em função de sua raça e de seu gênero”<sup>(68)</sup>.

O inquérito da Fiocruz apresenta que estes usuários são predominantemente homens jovens, não brancos e de baixa escolaridade. A discussão sobre esse perfil é fundamental para entender os elementos que colaboram para a não responsabilidade do sistema de saúde para o usuário de drogas e em situação de rua. Pesquisa que se atém à responsabilidade da saúde da população negra é estimulada pela PNSIPN, que apresenta entre os seus objetivos específicos o “Fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde”<sup>(69)</sup>.

Encontrar o mesmo perfil nos resultados de pesquisas solicitadas por diversos órgãos públicos e pesquisas científicas/acadêmicas quanto ao perfil das pessoas que mais morrem no Brasil, dos que estão em situação de desvantagem social, dos que estão aprisionados, dos que estão fora das escolas, dos que possuem os mais baixos salários e postos de trabalho, dentre outros indicadores negativos, nos convocou a pensar em como esses dados operam para intensificar o sofrimento revelado no campo da saúde física e mental e para o uso prejudicial de drogas.

Considera-se que o impacto da (não) responsividade do sistema de saúde para o usuário de drogas e em situação de rua está relacionado a fatores como raça, classe e gênero, guardando relação estreita com as diversas formas de manifestação do racismo, com o genocídio da população negra, com a necropolítica e com a colonialidade do poder punitivo, sendo necessário compreender como esses elementos se relacionam. Ressalta-se que esses conceitos serão apresentados e desenvolvidos na sequência.

Na atualidade, é possível afirmar que não é possível atuar na política de atenção à saúde para aqueles que fazem uso prejudicial de drogas sem discutir as questões relacionadas ao descaso com determinadas vidas humanas. Trata-se do lugar do Estado que mata em nome de uma suposta proteção, com seus agentes que atuam numa lógica de produção de morte, em nome da proteção da sociedade, da garantia da lei e da ordem social. Assim, a política sobre drogas se traduz, na atualidade, enquanto uma política de guerra às pessoas pretas, jovens e pobres.

Defende-se que um dos significativos e importantes marcadores para pensar a forma como os usuários de drogas são (mal) tratados pelo sistema de saúde é a questão racial e daremos tratamento a essa abordagem. No entanto, para Jessé Souza<sup>(70)</sup>, o que existe é um ódio aos pobres enquanto uma releitura daqueles povos que foram escravizados, já que na atualidade esse ódio se dá aos pobres pretos, retintos (ou não). Nesse sentido, ele traz a determinação de classe subordinada a raça/cor, o que é refutado aqui, considerando as interseccionalidades existentes.

Pensar as questões relacionadas a políticas e estratégias no campo de álcool e outras drogas demanda um estudo acurado das diversas formas de manifestação do racismo e seus fundamentos. Faz-se necessário pontuar que a questão racial nunca esteve no escopo dos meus estudos, mesmo sendo uma mulher negra, nascida e criada em São Salvador da Bahia, cidade mais negra do país, sendo considerada a África dentro do Brasil.

Por outro lado, é importante marcar que no universo que perpassou essa pesquisa, foi possível me dar conta, dentre outras coisas, que eu pude estudar, escrever, publicar e palestrar sobre questões relacionadas à pauta de drogas sem ter que ser pelo fato de ser negra, do lugar de mulher negra e, sim, pelo lugar de pesquisadora/gestora da temática e que é negra.

No entanto, na atualidade o lugar de mulher negra é um posicionamento político, de resistência e proposição de mudança do cenário do lugar da mulher nos espaços públicos e, em especial, no espaço acadêmico.

## 2.4 INTERSECCIONALIDADE E AS MÚLTIPLAS VULNERABILIDADES

Essa pesquisa relaciona a responsividade do sistema de saúde para usuários de drogas e intersecta-se com outros marcadores sociais que contribuem para a vulnerabilidade desse grupo, como gênero, classe e raça e, desse modo, com as “diversas formas de discriminação se combinam e afetam as vidas de determinadas pessoas”<sup>(68)</sup>.

Assim, o estudo interseccional, que foi apresentado pela primeira vez dentro dos movimentos e estudos feministas e que na atualidade é amplamente utilizado, é fundamental para a compreensão das opressões interseccionais que os usuários de drogas e em situação de rua vivenciam. Collins indica que no processo de tradução dos estudos interseccionais “deslocaram do movimento social para as formatações acadêmicas, acadêmicas-ativistas dos estudos das mulheres, estudos negros, estudos pós-coloniais, estudos culturais e projetos similares de perspectiva crítica”<sup>(71)</sup>.

Conforme Crenshaw<sup>(72)</sup>:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras.

O perfil prevalente das mulheres usuárias de drogas no Brasil é marcado pela intersecção de, pelo menos, três fatores que geram “discriminação mista ou composta”<sup>(68)</sup>, assim como vulnerabilidades em nosso contexto, sendo gênero, raça e classe.

Conforme pesquisa nacional da Fiocruz, que apresenta o diagnóstico usado como base para as reflexões deste estudo, as mulheres usuárias de crack ou similares e que estão em cena de uso tem como perfil: idade de aproximadamente 29 anos, 78,56% são não brancas, baixa escolaridade (mais de 85% cursaram até o Ensino Fundamental). Mais de 45% das mulheres entrevistadas estavam em situação de rua nos 30 dias anteriores à pesquisa e mais de 50% indicaram ter o “trabalho sexual ou troca de sexo por dinheiro”<sup>(73)</sup>.

A partir do perfil apresentado, pensar a atenção à saúde das mulheres que estão em uso de drogas e em condição de vulnerabilidade por estar em situação de rua requer o reconhecimento de que as experiências dessas mulheres, majoritariamente negras, “não podem ser enquadradas separadamente nas categorias da discriminação racial ou da discriminação de gênero”<sup>(68)</sup>.

No campo estritamente da saúde, essas mulheres usuárias de drogas buscam mais os serviços de saúde em comparação com os homens, manifestam interesse em realizar tratamento para o uso prejudicial de drogas (77,85% delas) e apresentaram maior vulnerabilidade para as ISTs e vivência de violência sexual<sup>(73)</sup>. As vulnerabilidades às quais a mulher está exposta é tão ou mais desigual que as apresentadas em outros contextos sociais em que as mulheres estão inseridas<sup>(68)</sup>, especialmente se comparados com os homens em um mesmo contexto, sendo um emergente problema bioético e de saúde pública. “A trajetória dessas mulheres, marcada pela desigualdade de gênero e pela inserção social precária, se torna ainda mais adversa no contexto do uso abusivo/dependente de drogas e sua inserção nas cenas de uso”<sup>(73)</sup>.

Ao descrever o perfil prevalente dessas mulheres, observa-se que as vulnerabilidades causadas, de modo entrecruzado, pelo sexismo, pelo racismo e pela pobreza consubstanciam elementos que constituem o cenário de sua inserção no uso prejudicial de drogas, sendo emergente que o sistema de saúde considere esses vetores interseccionais para a construção de políticas públicas de promoção da saúde e prevenção e tratamento ao uso prejudicial de drogas.

Mais uma vez, vale ressaltar que esse estudo reconhece que as mulheres estão mais expostas às situações de risco e às diversas formas de desigualdade e vulnerações que os homens. Reconhece que as políticas, ao não atentarem para a questão de raça e gênero, deixam as mulheres desprotegidas, especialmente aquelas

que são usuárias de drogas e estão em situação de rua, ainda que não tenham sido objeto de análise central nesta pesquisa.

É necessário ressaltar também que trazer a discussão relacionada ao perfil das mulheres usuárias de drogas não se assemelha à compreensão de que a questão de gênero, no tocante à interseccionalidade, é apenas relativa à subordinação das mulheres, uma vez que esse não é o escopo desta pesquisa. Mas, sim, sinalizar a importância da temática e a necessidade de estudos futuros tratarem dela.

Ponderamos, em consonância com Crenshaw, que as mulheres sofrem “processo misto de discriminação racial” e que a superação das iniquidades e das desigualdades na responsividade do serviço de saúde a esse grupo populacional demanda considerar a “prática dos direitos humanos no campo do gênero” que declara que “os direitos humanos são direitos das mulheres” e que “os direitos das mulheres são direitos humanos”<sup>(68)</sup>.

Não obstante e seguindo o perfil dos usuários de crack e similares apresentado pela pesquisa da Fiocruz, é possível apontar os elementos de classe, raça e gênero, utilizando a categoria de interseccionalidade, cunhada por Kimberlé Crenshaw, e desenvolvida por Patrícia Hill Collins, para pensar não apenas esse perfil, mas também a (não) responsividade do sistema de saúde para o usuário de drogas e em situação de vulneração.

Ao tratar da superinclusão e da subinclusão para falar sobre a subordinação por gênero e não apenas de raça/etnia, Crenshaw<sup>(72)</sup> permite o empréstimo da reflexão quanto à superinclusão da população negra nos indicadores de vulneração e a subinclusão nos espaços de poder e tomada de decisão. Ainda que estudando a categoria de gênero, é possível fazer uso do conceito no âmbito desta tese, uma vez que “nas abordagens subinclusivas da discriminação, a diferença torna invisíveis um conjunto de problemas; enquanto que, em abordagens superinclusivas, a própria diferença é invisível”<sup>(72)</sup>.

Conforme foi citado acima, os termos superinclusão e subinclusão, apresentados por Crenshaw<sup>(72)</sup> dentro da discussão interseccional dos estudos feministas, são trazido para a reflexão sobre a vulnerabilidade tanto para o autocuidado do homem, negro, jovem, usuário de drogas e em situação de rua, quanto para a responsividade do sistema de saúde para estes.

A forma como o grupo populacional deste estudo é afetado no SUS se dá pela combinação entre a discriminação racial, a discriminação social (usuário de SPA e em situação de rua) e a heteronormatividade vigente.

Desse modo, a invisibilidade do homem negro, em situação de rua, que faz uso de SPA faz com que os seus problemas fiquem subincluídos nas agendas políticas, uma vez que as “análises nem sempre consideram como a raça ou a classe social contribuem para gerar as desigualdades”<sup>(68)</sup>. Vale ressaltar que o lançamento de leis e portarias é um meio importante, porém frágil e sem incidência no reconhecimento da interseccionalidade que vulnerabiliza, conforme é evidenciado frente ao público estudado com a não modificação do *status quo*. Assim, a subinclusão, conforme trazido por Crenshaw<sup>(68)</sup>, guarda relação com o não tratamento do problema, por ser relacionado a um subgrupo e marginalizado.

A reflexão sobre a responsividade do sistema de saúde para usuários de drogas e em situação de rua é subinclusivo, quando um grupo hegemônico e dominante não é afetado e não faz parte da experiência de não ter as suas necessidades atendidas. Por essa razão, o grupo hegemônico atua de forma a subordinar e oprimir os demais.

Na superinclusão, existe o não reconhecimento da interseccionalidade e os problemas são do grupo envolvido no problema. Aqui a superinclusão e a subinclusão dão conta da desproporcionalidade dada à forma como uma condição imposta a um subgrupo (homens, jovens, negros, usuários de drogas, em situação de rua) é definida como problema desse grupo.

A subordinação ou a discriminação é tratada aqui conforme<sup>(68)</sup> a discriminação em si e a invisibilidade dessa discriminação dentro dos movimentos políticos e das políticas intervencionistas.

A história e condições de vida dos sujeitos influenciam de forma consistente a condição da sua saúde<sup>(74)</sup> em que “as desvantagens interagem com vulnerabilidades preexistentes”<sup>(72)</sup>. O Relatório Luz da agenda 2030 de desenvolvimento sustentável, síntese II, organizado pelo Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030, em alinhamento com a perspectiva interseccional, considera que os marcadores sociais como raça, classe e gênero precisam ser considerados em sua multidimensionalidade para assegurar uma vida saudável, assim como a superação das desigualdades, da pobreza, das iniquidades em saúde e para a para o desenvolvimento dos povos.

O estudo interseccional permite a compreensão de que a (não) responsividade do sistema de saúde se dá de forma transversal e notadamente identitária (gênero, raça, geração, condição social, dentre outros). Poder ser configurada, conforme apresenta Crenshaw<sup>(72)</sup>, como uma discriminação composta, em estreita relação com o racismo institucional e estrutural. Do mesmo modo, refletir sobre a atenção à saúde dos usuários de drogas e em condição de rua só pode ser realizado considerando o conceito de subordinação interseccional estrutural enquanto fenômeno que “representa uma gama completa de circunstâncias em que as políticas se intersectam com as estruturas básicas de desigualdade, criando uma mescla de opressões para vítimas especialmente vulneráveis”<sup>(72)</sup>.

Existe uma análise subdesenvolvida quanto à responsividade do sistema de saúde para o usuário de drogas em situação de extrema vulnerabilidade na Bioética, mesmo aquela cunhada em países latino-americanos, que atentam para as desigualdades sociais como mecanismo de manutenção do preconceito, estigma e iniquidade em saúde. Para Crenshaw, “é menos provável que a vulnerabilidade interseccional seja identificada onde a análise dominante está estruturada como uma investigação categórica (ou de cima para baixo) sobre como as discriminações coloreem nosso mundo social”<sup>(72)</sup>.

As políticas intersetoriais que atuam na atenção a pessoas que fazem uso de drogas ainda não realizam reflexões que considerem a perspectiva Bioética e interseccional de raça, classe e gênero. Apenas as moralidades, estigmas e preconceitos, que são importantes para a reflexão Bioética frente ao público em questão, não permitem a compreensão da “vulnerabilidade interseccional”. A invisibilidade dessa vulnerabilidade traz a perspectiva de que ter uma política sobre drogas baseada na redução de danos (como a brasileira), ter uma política para atenção à população negra, para a população de rua, para a saúde do homem dá conta da multiplicidade de subordinações que impedem que essas efetivamente cumpram o que pretendem na letra morta da política.

A ausência de análise contextual da experiência de grupos marginalizados e estigmatizados agravados pelo consumo de substância tomada clinicamente como demoníaca aporta ao Estado e às pessoas (em nome do Estado) a agirem vulnerabilizando ainda mais os jovens negros que vivem em condição de vulneração. O estudo interseccional nos permite aportar lente sobre as hierarquias raciais “baseadas no grupo”, as condições estruturais em que os usuários de drogas estão

submetidos e que os torna mais vulnerados a maus tratos e negligência no campo da saúde (não apenas)<sup>(72)</sup>.

De acordo com o Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) – relatório de 2015<sup>(75)</sup>, o número de negros analfabetos no país em 2015 era de 9.161.529, enquanto de brancos era de 3.610.111. Já os dados do IBGE de 2014 apresentaram que a taxa de frequência escolar entre adolescentes de 15 anos era de 70,7% entre brancos, 55,5% entre negros e 55,3% entre pardos. A mesma agência, em 2014, apresentou que a taxa de desemprego no Brasil atingiu 14,3% de pretos e pardos, enquanto o mesmo indicador apontou um número infinitamente menor para a população branca, sendo de 5,1%.

Ao analisar o salário dos brasileiros, de acordo com o Mapa da Desigualdade de 2017, as pessoas negras (pretos e pardos) permanecem em desvantagem. No ano de 2015, as pessoas declaradas como brancas ganhavam o dobro em comparação aos negros, sendo essa diferença de R\$ 1.589,00 contra R\$ 898,00 por mês, respectivamente.

Em consulta realizada por meio da Lei de Acesso à Informação, recebemos, por correio eletrônico, a seguinte informação:

A Câmara dos Deputados compõe-se de 513 deputados federais, eleitos pelo sistema proporcional em cada Estado e no Distrito Federal. Esse número, bem como a representação por Estado e pelo Distrito Federal, é proporcional à população. Atualmente, cada unidade da Federação pode eleger de 8 (mínimo) a 70 (máximo) deputados, conforme estabelecido pela Constituição Federal, no art. 45. É ainda regulamentada pela Lei Complementar nº 78, de 1993. [...] Sobre a quantidade de parlamentares negros (pretos e pardos), esclarecemos que tal informação só foi exigida a partir de 2014 e é autodeclarada junto ao Tribunal Superior Eleitoral, quando da diplomação do parlamentar. [...] Enviamos arquivo anexo contendo a tabela de Deputados eleitos em 2014 que se declararam da raça /etnia /cor negra ou parda perante o Tribunal Superior Eleitoral<sup>(76)</sup>.

Nessa comunicação, o arquivo que foi anexado dava conta de que um total de 104 deputados declararam a sua cor como parda ou preta<sup>(76)</sup>.

Já a Organização das Nações Unidas (ONU), com base nos dados do Ministério da Saúde, apresenta que a população negra no Brasil perfaz o perfil daqueles que sofrem maior incidência de doenças evitáveis, a exemplo de contaminação por IST/AIDS, sífilis congênita, tuberculose e hanseníase.

“As crianças pretas ou pardas são as que mais residem em domicílios com insegurança alimentar (43,1%), em todos os seus graus<sup>(77)</sup>. Esse dado auxilia na reflexão quanto aos índices de desenvolvimento e aprendizagem, que torna esse

grupo populacional mais suscetível a dificuldades de aprendizado. Com isso, o seu capital cultural também fica comprometido. Para Souza<sup>(70)</sup>, a desvantagem ao nascer, associada a pouco capital cultural, diminui as possibilidades de inserção em espaços protegidos.

A mesma reflexão quanto às desvantagens bem como acesso à informação e cuidado em saúde é apresentada pelo IBGE<sup>(77)</sup>, ao indicar que 60,8% dos domicílios de pretos e pardos não tinham acesso a internet e que 40,6% dos domicílios de casa de brancos possuíam. Já quanto a domicílios sem acesso simultâneo à água por rede geral, esgotamento por rede geral ou fossa séptica e lixo coletado, 22,3% da casa de pessoas declaradas brancas estão nessa condição, enquanto 38,7% de domicílios de pretos e pardos não têm acesso a esses itens sanitários. Ao serem questionados quanto à autoavaliação do seu estado de saúde, 29,7% dos brancos classificaram como ruim, regular ou muito ruim e 37,8% dos pretos e pardos o classificaram do mesmo modo.

Diante das desigualdades nas relações sociais e institucionais para a atenção à saúde dos vulnerados usuários de drogas, os aportes da Bioética de Proteção (BP), cunhada por Fermin Schramm, nos auxiliam na compreensão da condição de vulnerado, bem como na orientação para políticas públicas intersetoriais.

A BP é compreendida enquanto ética aplicada, dentro de uma perspectiva reflexiva crítica, “voltada para ao conflito moral resultante da práxis humana<sup>(10)</sup>. As conflituosidades e moralidades presentes nas práticas humanas, especialmente, no campo das políticas sobre drogas são fundamentais para a reflexão quanto à responsividade do sistema de saúde, podendo vulnerabilizar ainda mais aqueles que demandam cuidado em saúde. Seguindo a precisão analítica da BP, a primeira preocupação é a descrição e compreensão do problema, o qual já foi apresentado aqui. Em linhas anteriores, foi exposto o quanto o racismo institucional e estrutural causam impactos deletérios na saúde (não apenas) mental e física dos usuários de drogas. Ao final, buscar-se-á, conforme prescrição do bioeticista Schramm, apresentar possibilidades, meios ou caminhos para que o SUS possa responder de forma responsiva às necessidades em saúde dos usuários de drogas<sup>(10)</sup>.

Ao trazer a proteção aos vulnerados, não consideramos que os usuários de drogas em situação de rua sejam incapazes. No entanto, diante de múltiplas desvantagens e fragilidades sociais, considerando as práticas em saúde, identifica-se

que esse grupo populacional possui dificuldade para ter a sua “independência social”, demandando amparo do Estado.

Para Schramm a aplicação da caixa de ferramenta proposta pela BP, considera uma distinção fundamental entre aqueles que necessitam de proteção. O autor distingue os vulneráveis, enquanto população geral, e os vulnerados, enquanto aqueles que possuem uma fragilidade específica por serem “concretamente vulnerado” e por esse motivo necessitam de proteção<sup>(10)</sup>. Trata-se de proteção à saúde dos afetados “não empoderados” devido à ausência de assimetria de poder.

### **3 RACISMO, POLÍTICAS PÚBLICAS E A AMPLIAÇÃO DO OLHAR**

Neste capítulo, trataremos de um ponto ainda incipiente para se pensar as questões relacionadas aos usos e usuários de drogas, especialmente, no contexto da responsividade do sistema de saúde para os que também estão em situação de rua, harmonizado com o perfil da Fiocruz.

Trata-se do referencial político de reconhecimento das marcas da escravidão para a forma de organização das relações sociais e hierarquização das pessoas no Brasil. Os racismos praticados no Brasil, em especial o institucional, impactam na forma de organização do sistema de saúde e na forma de oferta dos serviços para subgrupos, como os usuários de drogas.

A política de saúde da população negra e a política para aqueles que fazem uso prejudicial de drogas também são trazidas para a discussão, compreendendo a multiplicidade de elementos que envolvem a (não) responsividade do sistema de saúde para o grupo populacional em questão nesta tese.

Entendendo o quanto a colonialidade, biopoder e necropolítica são conceitos importantes e complementam a compreensão do marco político e do problema relacionado à (não) responsividade do SUS, isso é tratado neste capítulo. Por fim, traremos conteúdos relacionados ao fenômeno que atinge não apenas o Brasil ou América Latina, mas países europeus e Estados Unidos, da austeridade fiscal, o que impacta nas políticas sociais, como a saúde.

#### **3.1 ESCRAVIDÃO, RACISMO, RACISMO INSTITUCIONAL E O INFELIZ LEGADO PARA OS/AS USUÁRIOS/AS DE DROGAS NO SUS**

Para que seja possível refletir de que forma o racismo opera no sistema de saúde, é necessário ir até a história da fundação do Brasil e compreender de que forma a escravidão repercute nas formas de vida do negro brasileiro. Tal reflexão foi convocada nesta pesquisa, a partir da compreensão de que não se trata da análise da responsividade do sistema de saúde para qualquer grupo populacional.

Esse grupo, conforme perfil apresentado pela pesquisa da Fiocruz, tem sua composição majoritária que forma o seu perfil, um sexo, classe e cor definida. Assim, a construção social da subjetividade masculina que é considerada uma barreira para

que esses busquem o seu autocuidado, as múltiplas vulnerabilidades às quais as pessoas de classes vulneráveis, pobres ou extremamente pobres estão expostas e as expressões do racismo precisam ser discutidas para a compreensão de como o SUS atende às necessidades desse grupo populacional.

Vale ressaltar que esse trabalho não é o local ideal para ir até as raízes do processo escravagista e colonial, embora ao longo do estudo, tenha havido esse desejo de mudar completamente o rumo da tese e tratar apenas do aspecto racial na atenção integral para aqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

No entanto, buscar-se-á situar, minimamente, o leitor sobre como o processo de colonização do Brasil e o processo de escravidão das pessoas fundamentam a análise da aplicação de quem tem efetivo direito ao acesso e cuidado nos serviços de saúde. O processo de construção do lugar do negro (especialmente do homem) para a garantia de seu direito ao serviço de saúde, que efetivamente atenda às suas necessidades e que favoreça a justiça social e a equidade em saúde, será tratado aqui.

Admitindo que a sociedade brasileira foi forjada à sombra da escravidão, é necessário utilizar essa categoria para que seja possível uma análise de como o passado escravagista repercute na forma como os corpos, especialmente dos usuários de drogas em situação de vulnerabilidade são reconhecidos e “cuidados” socialmente.

Ao não olhar para o processo de escravidão, ao não se falar sobre as suas consequências, bem como sobre o tipo de justiça que opera nela, não é possível compreender o ódio ao usuário de drogas em situação de vulnerabilidade, assim como o seletivo moralismo que a prática escravocrata nos deixou como herança. Tal herança humilha, maltrata e mata os jovens negros pobres usuários de drogas por meio de uma justiça seletiva, que superlota as unidades prisionais, do mesmo modo que os africanos eram amontoados nos navios transatlânticos, sem reconhecimento da sua condição de humanos, com direitos básicos como a saúde e alimentação, negados. Desse modo, é possível iniciar o reconhecimento do processo escravagista com a já constatada guerra às drogas, que aprisiona majoritariamente um grupo populacional específico, que é formado por jovens, negros, com baixa escolaridade, com passado de negação de direitos sociais (para a maioria desses).

A história do processo de colonização do Brasil e do processo escravagista deixa marcas fundamentais para a compreensão da forma com que a sociedade se

organiza, inclui ou exclui cidadãos. A violência, por meio da tortura e maus tratos a partir do marcador da raça e da etnia, está fortemente presente tanto no manejo dos corpos no período escravocrata, quanto na sociedade atual. Nas unidades prisionais, tal violência salta aos olhos de forma ainda mais cruel e desumana.

As unidades prisionais são espaços brutais, de desumanização e animalização, que permitem um raio-X sociológico da reprodução do modelo tanto colonial quanto escravagista, mesmo em dias atuais. A forma cruel e irreparável com que os presos são amontoados nas unidades penitenciárias brasileiras guarda similaridades com o tratamento destinado a jovens africanos escravizados no Brasil.

No processo sócio-histórico escravagista, a violência era componente marcante da forma com que as populações vulneráveis, os índios e posteriormente os africanos escravizados, eram “domados”. Os mecanismos de humilhação, punição e castigo eram utilizados como meios de dominação, disciplina e submissão dos escravos aos proprietários dos seus corpos. Nos dias atuais, as torturas prisionais e as execuções policiais justificadas pelo fato do jovem, predominantemente negro, ser supostamente traficante são legitimadas guardando a mesma lógica com que os poderosos donos de escravos operavam.

Benedito<sup>(78)</sup> traça o percurso com que a identidade criminosa do homem africano, negro, de “atitudes animais”, “preguiçoso”, “destituído de inteligência” é transportado do imaginário do período da escravidão para a atualidade. O imaginário quanto à característica animal e à inferioridade do homem negro está presente na forma que os mecanismos discriminatórios e a prática de castigos e tratamentos cruéis e desumanos operam tanto na escravidão quanto no século XI. A partir do estudo sobre o processo escravagista no Brasil, da suposta necessidade de controle social dos negros libertos e a transformação destes em pessoas perigosas e inadequadas ao convívio social, Benedito<sup>(78)</sup> apresenta a construção do negro enquanto uma ameaça social a ser “domada”.

No período pós-escravidão, o negro, enquanto aquele que é inferior, socialmente falando, e desprovido de capacidades intelectuais, e sem a capacidade de conter impulsos agressivos, ao ser liberto, transforma-se em uma ameaça social a ser combatida. Nesse mesmo período, temos novas categorias criminais como a vadiagem e feitiçaria e a elaboração do Novo Código Penal, estando assim os negros, agora na condição de libertos, mais uma vez no lugar do criminoso<sup>(78)</sup>.

O período pós-abolição dos escravos foi marcado também pela mudança na configuração de organização das cidades. A mudança da vida rural para a vida na cidade passa a representar um perigo para aqueles que vivem nos sobrados, onde a rua passa a ser o lugar para “o lixo da casa”, significando o “perigo, o escuro, é simplesmente a não casa, uma ausência<sup>(70)</sup>”. A pobreza, a vadiagem, a vida na rua fazem com que os negros sejam mais uma vez estigmatizados e marcados enquanto aqueles que são “perigosos, criminosos, maconheiros, capoeiristas, etc.”<sup>(70)</sup>.

A partir da construção da hierarquização racial<sup>(70,78-80)</sup> e da imagem do negro como um ser a ser combatido, vigiado e punido, é possível compreender o racismo cotidiano e institucional, a seletividade na aplicação da lei, no superencarceramento e a guerra às pessoas negras que fazem uso/porte de drogas. Tal seletividade fica evidenciada nos dados apresentados que mostram que existe no Brasil um superencarceramento, com cerca de 700 mil presos no país, sendo a maioria de presos provisórios<sup>(81)</sup>, que a partir da sua (re)entrada no sistema de justiça ficam marcados socialmente. Desse modo, além das desvantagens sociais que a maioria já carrega – negros, de baixa escolaridade, jovens e “trajetória de vida marcada por inúmeras privações” – eles têm as vidas ficam marcadas também pela passagem pelo sistema prisional, perpetuando o processo de exclusão e injustiça social. Tal processo histórico que marca o imaginário social quanto ao lugar do negro demanda um olhar também pela perspectiva Bioética. Para Oliveira<sup>(82)</sup>, é emergente a necessidade de a Bioética desenvolver estudos sobre o racismo, incorporando no fundamento da justiça, a “justiça anti-racista”.

Compreende-se que, na atualidade, as questões racial e socioeconômica no Brasil andam juntas, em que existe uma reedição da escravidão, a qual se dá majoritariamente pela cor da pele e pela aparência, somadas às ausências e carências claramente reveladas pelas desigualdades. Nessa perspectiva, Souza<sup>(70)</sup>, lança a tese de que se vive hoje com uma herança do ódio e do desprezo que se tinha pelo escravo, atualizada para o pobre, chamado pelo autor de ralé.

Tendo a desigualdade como o grande problema no Brasil, o ódio aos pobres e a tudo o que é vinculado à classe trabalhadora, precarizada e abandonada secularmente se revela na atualidade enquanto a continuidade da escravidão. Na contemporaneidade, a cor de pele não é o determinante exclusivo para definir quem é escravo e quem é senhor<sup>(70,79)</sup>. No entanto, podemos fazer facilmente a analogia para identificar que a classe trabalhadora pobre que é formada majoritariamente por

negros, assim como os usuários de drogas e em situação de vulnerabilidade; é o escravo revisitado e a elite permanece sendo os senhores colonizadores. Tais usuários são tão odiados, como ocorreu no período escravagista quanto explorados, apenas para a sua sobrevivência pelos diversos mecanismos de desumanização e subalternização.

Desse modo, a consideração das desigualdades e dos efeitos negativos das marcas do período em que os negros eram escravizados é fundamental para uma efetiva atenção à saúde da população negra. Parte-se da compreensão do conceito ampliado de saúde, não estando centrada na ausência de doença e nas questões estritamente biológicas, mas sim que entende os diversos modos de vida, bem como os contextos sócio-históricos, econômicos e culturais, os quais são determinantes para a condição de saúde dos sujeitos.

O SUS reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais<sup>(83)</sup>.

### 3.2 RACISMO INSTITUCIONAL

A compreensão de igualdade, equidade e justiça, quando articulada com a Bioética de Intervenção, favorece o reconhecimento das desvantagens, da dor e do sofrimento do outro enquanto algo marcante da miséria cotidiana. Notadamente, é possível identificar que socialmente as diferenciações existentes entre os seres humanos trazem uma classificação hierarquizante dos seres humanos. O usuário de drogas em situação de vulnerabilidade é tratado socialmente como menos humano, enquanto “ralé brasileira”, “humano invisível”. Os aportes relacionados ao racismo institucional explicam a forma como a sociedade “internaliza a produção das desigualdades em suas instituições”<sup>(84)</sup>.

Cunhado nos Estados Unidos por Stokely Carmichael e Charles Hamilton, o conceito clássico de racismo institucional indica que “trata-se da falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”<sup>(85)</sup>.

Já no contexto do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), o racismo institucional é trazido como:

o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações<sup>(86)</sup>.

A partir da compreensão pela via das políticas públicas, Werneck<sup>(87)</sup> aponta que o racismo institucional é

um modo de subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistam ou existam de forma precária, diante de barreiras interpostas na vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação desse último<sup>(87)</sup>.

Nesse sentido e em conformidade com López<sup>(88)</sup>, o racismo institucional “atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, provocando uma desigualdade na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial”<sup>(88)</sup>.

Pesquisadores como Souza<sup>(84)</sup>, Lopéz<sup>(88)</sup>, Werneck<sup>(87)</sup>, Eurico<sup>(2)</sup>, Almeida<sup>(89)</sup> e Akotirene<sup>(90)</sup> indicam que o racismo institucional opera no cotidiano, sendo reproduzido na estrutura de poder, a partir das políticas das instituições. Tais instituições na sua “dinâmica de funcionamento” oferecem atendimento diferenciado às pessoas a partir da sua raça, reproduzindo consequências danosas a grupos específicos, sendo “uma versão peculiar do colonialismo”<sup>(89)</sup>.

O advogado e pensador negro Silvio Almeida, em seu livro *O que é racismo estrutural*, defende que “as instituições são racistas porque a sociedade é racista”<sup>(89)</sup> e, nesse sentido, toma o racismo como “parte da ordem social”. Desse modo, o racismo institucional parte do racismo estrutural que se desdobra em “processo político e processo histórico”<sup>(89)</sup>. O autor defende que o racismo é um processo político porque “como processo sistêmico de discriminação que influencia a organização da sociedade, depende de poder político [...]”<sup>(89)</sup>. Enquanto processo histórico, o autor traz o aporte da necessidade de se pensar o sistema político e econômico que está atrelado ao processo de reprodução do racismo e, nesse sentido,

a especificidade da dinâmica estrutural do racismo está ligada às peculiaridades de cada formação social. De tal sorte, quanto ao processo histórico também podemos dizer que o racismo manifesta-se: a) de forma circunstancial e específica b) em conexão com as transformações sociais<sup>(89)</sup>.

A cor da pele para determinação e classificação de grupos e etnias foi ao longo de tempo se transformando a partir dos estudos das ciências naturais, da história natural da humanidade, da biologia e da antropologia. A classificação de tudo e dos seres humanos faz parte do espírito humano e, por meio da classificação, é possível estabelecer uma hierarquia e com isso a possibilidade de racialização.

A distinção das raças em si não se constitui em um problema, a menos que essa distinção, como ocorreu no mundo, se dê a partir da hierarquização dos seres humanos. No século XVIII, a cor de pele, por meio da concentração de melanina, foi considerada um critério fundamental para a divisão da humanidade em raças. Essa compreensão é reconhecida como errônea por volta do século XX, a partir dos estudos da genética humana, concluindo-se que cientificamente e biologicamente as raças não existem, apesar da existência de “patrimônio genético”<sup>(79)</sup>.

Nesse sentido, o racismo só pode ser compreendido a partir da noção de raça sociologicamente construída, como categoria social de dominação, exclusão e para hierarquização. Por analogia ou metáfora, podemos afirmar que dentre o grupo de seres humanos no Brasil (não apenas) que sofre racismo, estão os usuários de drogas em modo prejudicial. Essa afirmação se dá ao perceber a rejeição, a injustiça social, o “estigma corporal” em relação a aqueles que por motivos diversos estão em sofrimento pelo consumo de alguma substância psicoativa.

Assim, a aproximação da “ralé brasileira” dos vulneráveis sociais usuários de drogas nos permite compreender que a política de drogas é racista, por considerar um grupo social inferior ao daqueles que legislam a política. Souza<sup>(70)</sup>, ao tratar do ódio ao pobre/vulnerável usuário de drogas/ralé, denuncia que os mais frágeis, vulneráveis e que mais necessitam de suporte do aparato estatal são culpabilizados pela sua condição de sofrimento e pela sua miséria cotidiana, sendo invisibilizados e humilhados nas suas necessidades como ser humano. A escala de valores entre os seres humanos permanece, apesar de ter sido derrubada a ideia de raça biologicamente e cientificamente.

No entanto, na atualidade, o conceito de “culturalismo da teoria da modernização”, em Souza<sup>(70)</sup>, e “culturalismo”, em Munanga<sup>(79)</sup>, traz uma releitura do racismo que se dá na inferiorização de um grupo social, como os usuários de drogas, que possuem formas de expressões e organização cultural distinta daqueles que são racistas. Tanto o culturalismo quanto o racismo fenótipo ou científico pela cor de pele mantêm a mesma função escravocrata, que é produzir/reproduzir preconceito,

superioridade e distinção, o que torna a merecida a dominação. Daí uma das explicações para retirar do usuário de drogas em situação de rua a sua autonomia para a internação em instituições de caráter duvidoso, realizar internações involuntárias e punir por meio das prisões por porte de drogas sem haver um critério claro para classificar a quantidade de substância que é para consumo próprio ou para comércio. Os “escravos” nesse caso são os usuários e os “senhores”, os agentes do Estado e operadores da lei.

A separação da raça humana é dada entre “escravo” e “senhor”, entre aqueles que “possuem espírito e aqueles que não possuem, sendo, portanto, animalizados e percebidos como corpo”<sup>(70)</sup>. Nessa analogia, é possível inferir que os usuários de drogas então são reconhecidos enquanto corpo, animalizados.

Apesar de ter trazido as reflexões de Souza<sup>(70)</sup>, para contribuir nesse trabalho quanto à importância das marcas da escravidão para a constituição social do Brasil, o autor traz uma perspectiva diluída da questão racial, em que a cor da pele na atualidade deixa de ter importância e os signos que são atribuídos aos negros são transferidos para aqueles que são identificados em condições sociais iguais às “esperadas” pelo negro. Ou seja, ele retira a implicação do que a raça/cor comunica para focar na questão social, o que não corresponde com a realidade que mais pune, vulnerabiliza, encarcera, prende, mata, subalterniza e deslegitima os negros.

Conforme será discutido a partir dos estudos interseccionais, a cor da pele traz importantes implicações para a forma como o aparelho de Estado trata as pessoas de pele escura.

As marcas da escravidão e do racismo para a forma de organização da sociedade brasileira e as repercussões do processo escravagista, hierarquizador das vidas que valem a pena ser vividas e aquelas que valem a pena serem protegidas, nos permitem compreender o atual momento do Brasil com relação à política de drogas e ao racismo institucional.

Na esfera institucional, a forma de atuação de práticas racistas se apresenta na segregação, nas dificuldades impostas para a participação e acesso da população negra ao cuidado em saúde, por exemplo. Tal processo vem passando por modificações, no entanto, a pessoa negra permanece sendo percebida como aquela que consome menos que os não negros.

O espaço de privilégio de poder também é um espaço de privilégio de acesso aos serviços do SUS. Assim como o privilégio, o preconceito historicamente é

centrado e naturalizador das desigualdades, não sendo diferente nos espaços institucionais, enquanto espaço de poder que também marca a manutenção dos privilégios.

O direito negado, por meio da (não) responsividade do SUS para o usuário de drogas e em situação de vulnerabilidade não é um evento individual e sim institucional, dentro de uma estrutura construída a partir do racismo.

O racismo, enquanto mecanismo de estruturação e manutenção do poder e privilégios, tem no racismo institucional duas dimensões de atuação: nas relações interpessoais e na político-programática. De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS<sup>(91)</sup> :

dimensão político-programática de combate ao racismo institucional é caracterizada pela produção e disseminação de informações sobre as experiências diferentes e/ou desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer; pela capacidade em reconhecer o racismo como um dos determinantes das desigualdades no processo de ampliação das potencialidades individuais; pelo investimento em ações e programas específicos para a identificação de práticas discriminatórias; pelas possibilidades de elaboração e implementação de mecanismos e estratégias de não discriminação, combate e prevenção do racismo e intolerâncias correlatas – incluindo a sensibilização e capacitação de profissionais; pelo compromisso em priorizar a formulação e implementação de mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade.

Note-se que aqui utilizamos a versão da PNSIPN de 2010, a qual passou por nova edição, em que não figura a dimensão político programática.

Na dimensão político-programática, reconhecem-se os efeitos do racismo institucional e, desse modo, para o combate ao racismo, é necessário atuar também na disponibilização de informações relacionadas ao modo como o racismo institucional interfere nas condições de vida da população negra. Tomando o racismo como determinante social em saúde e produtor de desigualdades, o racismo institucional é desenvolvido em ações e programas que possibilitem a identificação das manifestações de discriminação por raça/cor nas instituições. A promoção de ações de combate e prevenção ao racismo, com priorização de ações de promoção da equidade, também faz parte da dimensão político programática<sup>(91)</sup>.

O letramento racial<sup>(92)</sup>, enquanto uma dimensão política, nos permite pensar na possibilidade de desconstrução da noção de que o perfil de usuário de drogas e daqueles que estão em condição de vivência na rua se dá de pessoas de raça/cor negra.

O termo letramento racial foi apresentado por Schucman<sup>(92)</sup>, a partir da análise dos estudos de Winddance Twine, e literalmente significa alfabetização racial. No entanto, devido à limitação da língua e por não haver tradução dos estudos originais do francês para o português, utilizamos aqui o conceito de letramento racial. Para Schucman<sup>(92)</sup>, o letramento racial é:

Um conjunto de práticas que pode ser melhor caracterizada como uma “prática de leitura” – uma forma de perceber e responder individualmente às tensões das hierarquias raciais da estrutura social – que inclui seguinte: (1) um reconhecimento do valor simbólico e materiais de branquitude; (2) a definição do racismo como um problema social atual, em vez de um legado histórico; (3) um entendimento de que as identidades raciais são apreendidas e um resultado de práticas sociais; (4) a posse de gramática e um vocabulário racial que facilita a discussão de raça, racismo e anti-racismo; (5) a capacidade de traduzir e interpretar os códigos e práticas racializadas de nossa sociedade e (6) uma análise das formas em que o racismo é mediado por desigualdades de classe, hierarquias de gênero e heteronormatividade..

Trata-se, no contexto desta tese, de compreender a forma como a branquitude reconhece seus privilégios, a estrutura racista e atua de forma a manter os seus privilégios, sem reconhecer a sua raça, produzindo hierarquias raciais, sem se constituir enquanto parte de uma raça.

Apesar de ter aportado olhar para a saúde do homem, o exemplo da discriminação estrutural e a forma como o sistema de saúde atende mulheres negras e não negras nos mostra como o letramento racial e o racismo institucional operam. Tomemos o exemplo das mulheres negras grávidas, que são menos tocadas durante o pré-natal e recebem menos anestesia no procedimento do parto, e a naturalização com que os agentes públicos agem e operam no sistema de saúde na tomada de decisão na atenção à saúde de mulheres negras e não negras. Em sua tese de doutorado, intitulada *A Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser* Sueli Carneiro<sup>(93)</sup> aborda, dentre outras questões, a “violação sistemática” dos direitos reprodutivos das mulheres negras. Carneiro<sup>(93)</sup> traz os dados de uma pesquisa realizada que aponta que

a) Uso de analgesia de parto: apenas 5,1% das brancas não receberam anestesia, contra 11,1% das negras; b) A ausculta de batimentos cardíacos do feto: 97,6% das brancas tiveram o batimento cardíaco fetal auscultado em todas as consultas, contra 95,9% das negras; c) Medida do tamanho do útero durante o pré-natal: 85,4% das brancas responderam sim, contra 81,9% das negras; d) Respostas às dúvidas durante o pré-natal: 73,1% das brancas receberam informações sobre sinais do parto e 83,2% sobre alimentação adequada durante a gravidez, contra apenas, respectivamente, 62,5% e 73,4% das negras; e) Permissão de acompanhante antes e durante o parto: 46,2% das brancas puderam ter acompanhante, contra apenas 27% das negras.

Em conformidade com Sueli Carneiro, Kimberlé Crenshaw<sup>(68)</sup> trata da subinclusão das mulheres negras na agenda política e, no sentido da questão dos direitos reprodutivos, considera “o abuso da esterilização como uma outra questão subincluída na agenda racial”.

A não admissão ou reconhecimento do racismo institucional e estrutural é uma demonstração de como ocorre a organização da sociedade e, por consequência, dos serviços de saúde. Trata-se do mito da democracia racial no Brasil, que busca fazer crer na existência na harmonia das raças. Consiste em afirmar que não há conflito racial no Brasil e que as desvantagens que a população negra sofre se deve ao fato do passado escravista, ou seja, é uma herança econômica e não racial. No mito da democracia racial, traz ainda a afirmativa de que a mestiçagem no Brasil é tão intensa que um racismo acabaria por fazer com que a quase totalidade dos sujeitos fossem descendentes de negros escravizados e, nessa situação, a discriminação racial seria inviável, porque acabaria em uma autonegação.

Desse modo, o que esse estudo apresenta é a existência de uma presunção qualificativa negativa dos usuários de drogas, descrito no perfil do inquérito da Fiocruz, fazendo cair por terra o mito da democracia racial, a qual sustenta a colonialidade do poder punitivo.

### 3.3 A POLÍTICA PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Considerando que os usuários de drogas e em situação de vulnerabilidade têm uma cor que representa a sua maioria, é fundamental a discussão da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A mesma foi instituída muito recentemente, no ano de 2009, por meio da Portaria Nº 992, de 13 de maio de 2009<sup>(94)</sup> em que, após ampla luta do movimento negro, finalmente o SUS reconhece as

repercussões do racismo e mais especificamente do racismo institucional como marca do modelo de atenção à saúde desse grupo populacional.

Estando em consonância com os princípios do SUS, a portaria apresenta que a PNSIPN tem como base o repúdio ao racismo, a igualdade e a equidade, devendo atuar de forma transversal entre as demais políticas do SUS, objetivando a promoção da saúde integral da população negra, combatendo o “racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS”<sup>(94)</sup>.

Assim, traz como marca o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”<sup>(94)</sup>.

Conforme dados do IBGE<sup>(95)</sup>, com último levantamento em 2016 e divulgação em 2017, a expectativa de vida do brasileiro ao nascer é de 75,8 anos. No entanto, nos dados apresentados na tábua de mortalidade, o quesito raça/cor não é disponibilizado. Apenas em fevereiro de 2017, o Sistema Único de Saúde lançou a Portaria nº 344 do Ministério da Saúde (MS), a qual dispõe da obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. No entanto, é possível afirmar que a sobrevivência dos usuários de drogas em situação de vulnerabilidade é distinta dos jovens não negros, por diversos motivos, sendo o racismo institucional marcante do cuidado para morrer ou para viver.

Do ponto de vista institucional – que envolve as políticas, os programas e as relações interpessoais –, deve-se considerar que as instituições comprometem sua atuação quando deixam de oferecer um serviço qualificado às pessoas em função da sua origem étnico-racial, cor da pele ou cultura. Esse comprometimento é resultante do racismo institucional<sup>(96)</sup>.

Como já foi discutido, o racismo institucional, que não existe sem uma estrutura racista, produz segregação dos modos de tratamento e no sistema de saúde, de justiça e de segurança pública e se manifesta de modo mais explícito. Desse modo, a PNSIPN objetiva o combate da discriminação étnico-racial nos serviços ofertados pelo SUS, com vistas a “promover a equidade em saúde da população negra”<sup>(96)</sup>.

Ao analisar a PNSIPN, é possível perceber que ela surge mediante o fracasso do Estado em fazer valer a Constituição Federal de 1988<sup>(97)</sup> e da Lei n. 8.080 de 1990<sup>(98)</sup>, que organiza o SUS. Ambas, em consonância com a perspectiva da Bioética de Intervenção, trazem princípios ancorados na não discriminação por raça, classe ou gênero, e, ainda, na igualdade de oportunidade e proteção da dignidade humana. Princípios da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) estão

presentes na PNSIPN. São eles: Artigo 3 - Dignidade humana e direitos humanos; Artigo 8 - Respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual; Artigo 10 - Igualdade, Justiça e equidade; Artigo 11 - Não discriminação e não estigmatização; e o Artigo 14 - Responsabilidade Social e Saúde.

Do mesmo modo, o plano Brasil Sem Miséria também mostra o fracasso do Estado para levar políticas de qualidade para os que estão em situação de extrema pobreza como os usuários de drogas e em situação de rua, reconhecendo o racismo institucional (apresentado como preconceito institucional) em que os serviços têm como dificuldade o “atendimento inadequado à população mais pobre”. A demanda do plano é para que os serviços públicos possam atender sem preconceitos, sem constrangimentos e com respeito<sup>(99)</sup>.

Alinhado com os artigos da DUBDH, a PNSIPN traz diretrizes ampliadas para a questão da saúde, pensando enquanto sistema, com indicação de formação permanente, produção científica de conhecimento, difusão de conhecimento, articulação e ampliação da participação e controle social – nesse caso, por meio dos movimentos negros.

Todas as diretrizes analisadas dialogam com a proposição de combate ao preconceito racial como meio de redução das desigualdades e das vulnerabilidades e promoção da equidade<sup>(96)</sup>. A população quilombola e do campo e floresta também é considerada para a implementação das estratégias, estando atenta às especificidades da população negra, incluindo as gerações, gênero e população em privação de liberdade e conflito com a lei.

A especificidade da questão relacionada ao uso prejudicial de álcool e outras drogas está presente nos objetivos específicos, com a indicação de “Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas”<sup>(96)</sup>.

Considerando o perfil dos usuários de drogas e em situação de rua e, ao mesmo tempo em diálogo com a PNSIPN e o Artigo 14 da DUBDH, que trata da responsabilidade Social e Saúde, o Plano Brasil sem Miséria<sup>(100)</sup> apresenta como a agenda da saúde para o plano a “organização e a ampliação do acesso e da qualificação das ações de saúde.”

Estudos de Fiorio<sup>(101)</sup> mostra que os pretos e pardos da cidade de Vitória, no Estado do Espírito Santo, morrem mais, independente de qual seja a causa estudada, tendo sido essas: transtornos mentais e comportamentais; causas mal definidas e

causas externas, dentre outras, incluindo uso abusivo de bebidas alcoólicas; doenças do sistema digestivo, como doenças hepáticas. A conclusão foi que essas estavam relacionadas a fatores socioeconômicos e culturais.

Os dados de saúde da população negra apresentam o quanto vulnerado é esse grupo, em que 56% têm mais risco de morrer por causa externa do que uma pessoa não negra (com maior risco para os homens) e chance 70% maior de morrer por tuberculose que uma pessoa não negra<sup>(102)</sup>. Assim, dentre as doenças e agravos na saúde da população negra, são mais prevalentes aquelas que decorrem de:

condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas)<sup>(96)</sup>.

Nesse sentido, os estudos interseccionais trazem a perspectiva das intersecções que definem os modos de viver e morrer de determinados grupos sociais, sendo uma ferramenta útil para a compreensão da política de atenção ao usuário de drogas no SUS.

### 3.4 A POLÍTICA PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

É importante considerar no âmbito dessa pesquisa que nem todas as pessoas que estão em situação de rua são usuárias de drogas, ainda que a grande maioria tenha alguma relação ao menos com o uso/abuso de álcool.

Reconhecendo que a população em situação de rua é alvo de preconceito, discriminação e violação de direitos, no âmbito da saúde, no ano de e 2009, foi aberto um espaço institucional para o planejamento e efetivação de ações de prevenção e promoção da saúde por meio da Política Nacional para a População em Situação de Rua que foi instituída através do Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. No art. 7º, o decreto traz nove incisos para apresentar os objetivos da Política:

I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; II - garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua; III - instituir a contagem oficial da população em situação de rua; IV - produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede existente de cobertura de serviços públicos à população em situação de rua; V - desenvolver ações educativas

permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a população em situação de rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos; VI - incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento; VII - implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua; VIII - incentivar a criação, divulgação e disponibilização de canais de comunicação para o recebimento de denúncias de violência contra a população em situação de rua, bem como de sugestões para o aperfeiçoamento e melhoria das políticas públicas voltadas para este segmento; IX - proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica; X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços; XI - adotar padrão básico de qualidade, segurança e conforto na estruturação e reestruturação dos serviços de acolhimento temporários, de acordo com o disposto no art. 8º; XII - implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social; XIII - implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; e XIV - disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho<sup>(22)</sup>.

A Política é alinhada com a Constituição Federal, com a Política Nacional de Assistência Social, a Lei Orgânica da Assistência Social, com as discussões apresentadas no relatório do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, ocorrido em 2005, e do II Encontro, que foi realizado em 2009, bem como com os dados apresentados pela Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua (2007/2008). Ressalta-se que a Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências reconhece que a violência social é a gênese dos problemas com a população de rua<sup>(103)</sup>.

O perfil da população de rua demonstra prevalência de homens (82%), com idade entre 25 e 44 anos (53%), negros (67%), trabalhador (informal, com 70,9% exercem alguma atividade), em que as três principais razões para estarem em situação de rua são: alcoolismo/drogas (35,5%), desemprego (29,8%) e problemas com familiares (29,1%). No entanto, as três razões podem se correlacionar. Vale ressaltar que 24,8% destes não possuem nenhum documento<sup>(104)</sup>. Reflete-se aqui que a atenção a esse grupo vulnerado, requer ações que priorizem a moradia, na concepção do *housing first*, demandando intersetorialidade e transversalidade das políticas já existentes.

*Housing first*, compreendido como a moradia primeiro, é um “conceito já testado e avaliado em várias partes do mundo”<sup>(105)</sup>, aplicado com resultado positivo para a

intervenção com usuários crônicos de álcool e outras drogas e que estão em situação de rua. O conceito está relacionado ao princípio da dignidade humana e traz a ideia de que estar abstinente não deve ser uma condição para que o usuário possa ter uma moradia digna. Conforme publicação do Instituto Igarapé, “avaliações internacionais, apresentadas no American Journal of Public Health, no ano de 2004<sup>(106)</sup>, apontaram diminuição no consumo de álcool e outras drogas, da violência, e sobretudo, da suposta percepção de desordem urbana devido ao excesso de conflitos nas ruas”<sup>(105)</sup>.

É possível analisar que alguns dos princípios da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) estão presentes tanto nos princípios da PNSIPN quanto nos princípios da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR). Os cinco princípios da PNPSR tratam de respeito à dignidade da pessoa humana, do direito à convivência familiar e comunitária, da valorização e respeito à vida e à cidadania, do atendimento humanizado e universalizado, e do respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. Tais princípios estão em consonância com: o Artigo 3 - Dignidade humana e direitos humanos; Artigo 8 - Respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual; Artigo 10 - Igualdade, Justiça e equidade; Artigo 11 - Não discriminação e não estigmatização; e Artigo 14 - Responsabilidade Social e Saúde.

Desse modo, garantir acesso às políticas sociais por meio de serviços, benefícios, programas e projetos, de modo intersetorial, transversal e interdisciplinar, demandando o envolvimento das três esferas de governo, fundamentais é fundamental para a mudança da condição de saúde da população em geral. Destaca-se aqui a população em situação de rua e a população negra, as quais estão dentro do perfil dos usuários de drogas e em situação de rua, que necessitam de um padrão de vida minimamente digno, com redução da pobreza, das iniquidades em saúde e das desigualdades sociais.

### 3.5 A POLÍTICA PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas foi instituída no ano de 2003 e considera que os usuários de álcool e outras drogas sofrem de exclusão desigual e de ausência de cuidados à sua saúde.

Sendo o uso prejudicial de álcool e outras drogas um problema de esfera mundial e que atinge a saúde de diferentes camadas populacionais, diversas formas de atenção à saúde dessa população são desenvolvidas em caráter individual e enquanto política de saúde, muitas vezes atreladas à perspectiva de “caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência”<sup>(34)</sup>.

Aquela época (2003), de forma progressista, a política brasileira, rechaçava a abstinência como única e maior meta a ser alcançada para aqueles que fazem uso prejudicial de drogas, por compreender que além do fato dessa metodologia não ser eficaz, ter esse tipo de objetivo a ser alcançado, prioritariamente e genericamente, no “tratamento” é excludente, retira os usuários do seu convívio social e por vezes são “reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência”<sup>(34)</sup>.

A ruptura com o senso comum e com a lógica biomédica é um marco para a política de drogas brasileira, enfatizando que:

a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de “tratamento”) baseia-se na associação drogas-comportamento anti-social (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência<sup>(34)</sup>.

Do lado oposto (sem deixar de reconhecer que a abstinência é uma possibilidade para aqueles que desejam e não uma imposição), a política traz grandes avanços na perspectiva da saúde coletiva, reconhecimento dos determinantes sociais em saúde, dos fatores de risco, da singularidade de cada história de vida dos pacientes, em que o tratamento para a questão do uso prejudicial de drogas só é possível a partir da defesa da vida, por meio de ações intersetoriais e transversais que reconheçam a existência de outras “possibilidades de vida para aqueles que sofrem devido ao consumo de álcool e drogas”<sup>(34)</sup>.

Desse modo, a Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, alinhada com a Lei 8.080/90 (que institui o SUS), a Lei 8.142/90 (que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS) e a Lei 10.216/2001 (marco legal da Reforma Psiquiátrica), traz fundamentos para a organização e o fortalecimento de uma rede socioassistencial, centrada na atenção comunitária, reabilitação e reinserção social dos usuários. Prioriza a atenção psicossocial especializada, por meio de dispositivos extra-hospitalares articulados à rede de serviços da saúde mental, rede intrasetorial do SUS e de forma intersetorial<sup>(34)</sup>.

Ao longo do texto do caderno que apresenta a Política, fica clara a perspectiva de rompimento com o olhar para o fenômeno do uso prejudicial de drogas pela ótica “predominantemente psiquiátrica ou médica”, ampliando o olhar para as questões relacionadas às “implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas”<sup>(34)</sup>. Desse modo, o modelo proposto pela política considera ainda a realidade concreta em que os sujeitos estão inseridos, a referência e a contrarreferência numa relação de confiança e estabelecimento de vínculos, referendando a redução de danos como uma estratégia capaz de alcançar os usuários de forma singular e potente para as suas vidas.

Reconhecemos, em consonância com a política, que a redução de danos, “usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida”<sup>(34)</sup>, atua na lógica da autonomia dos usuários e seus familiares, da clínica ampliada, articulando saberes e práticas, com ações institucionais e extra muros, flexível à demanda dos usuários, encadeando os diferentes pontos da rede formal e informal e garantindo o acesso aos serviços que fazem parte da rede do SUS.

A política traz a questão do uso de álcool e outras drogas como um importante problema de saúde pública, não minimizando os efeitos nocivos do uso do álcool, droga lícita e que tem expoente crescimento não apenas no Brasil, categorizando tal consumo como “o maior problema de saúde pública”<sup>(34)</sup>. O crescimento traz repercussões em diversas áreas da vida do ser humano, em que para os adolescentes os prejuízos podem perpassar toda a sua existência, com abandono escolar, dificuldade de concentração e apreensão de conhecimento, comprometendo a vida futura em espaços de sociabilidade. A política enfatiza os prejuízos ainda maiores para crianças e adolescentes em situação de rua, em que pesquisas apontam que o uso se dá de forma mais “precoce e pesada”<sup>(34)</sup>.

A Política aborda a falha no processo de ensino de graduação com ausência ou precariedade de oferta de conhecimento no currículo acadêmico, relativo à abordagem das questões relacionadas à prevenção, tratamento e inserção social dos usuários prejudiciais de drogas<sup>(34)</sup>. Indica ainda a necessidade de munir a população de informações adequadas para dirimir obstáculos para os que necessitam de tratamento.

A Política faz uma análise ampliada das questões relacionadas ao uso de drogas e não deixa de citar a mídia como um fator importante que vulnerabiliza o usuário de drogas, indicando a regulação da mesma. O papel do controle social, o

cuidado a família, comportamentos de risco associado às ISTs também são preocupações presentes na Política.

Enquanto diretrizes para uma política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, figuram: intersectorialidade, atenção integral considerando os diferentes níveis de atenção, a prevenção de caráter não alarmista, promoção da saúde, centrado no modelo de atenção nos CAPSad, estruturado na lógica da redução de danos e de abordagem comunitária<sup>(34)</sup>.

No que toca à população em situação de rua, a Política apresenta apenas dados relacionados a uma pesquisa realizada no ano de 2002, em parceria entre o Ministério da Saúde e o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua – MNMMR, a qual aborda as iniquidades em saúde, as vulnerabilidades, mas não trata do quesito raça/cor, racismos e sexismo.

Por fim, a forma como o Estado age frente à questão das drogas, vulnerabilizando os usuários que demandam cuidado do SUS, também está presente na Política ao admitir que “o rigor da Lei Criminal de drogas vigente manifesta-se em condições desfavoráveis de acesso à saúde e a participação e organização dos usuários de drogas, ao estabelecer o uso como “proibido”, sugerindo a ocultação”<sup>(34)</sup>.

Cinco artigos da DUBDH estão presentes na Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas: o Artigo 3 - Dignidade humana e direitos humanos; Artigo 8 - Respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual; Artigo 10 - Igualdade, Justiça e equidade; Artigo 11 - Não discriminação e não estigmatização; e Artigo 14 - Responsabilidade Social e Saúde. É possível identificar também que o princípio bioético da autonomia, está presente no texto da Política que reforça que o “compromisso ético é o da defesa da vida”<sup>(34)</sup>.

### 3.6 MATIZANDO O PROBLEMA: COLONIALIDADE, BIOPODER, NECROPOLÍTICA E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DO VULNERADO USUÁRIO DE DROGAS

A Bioética de Intervenção, trazido aqui em interconexão com relação aos estudos sobre colonialidade e interface com a biopolítica, biopoder e a necropolítica, oferece ferramentas para pensar o fenômeno relacionado à política de drogas e à atenção integral à saúde daquele que faz uso prejudicial de drogas, a partir das relações de poder que impactam na forma de viver e morrer desse grupo de vulnerados.

A Bioética de Intervenção (tal como pensada por Volnei Garrafa), principal perspectiva teórica norteadora das análises desenvolvidas nesta pesquisa, não desconsidera a importância que a Bioética Principlista forneceu para os estudos relacionados ao campo da Bioética. No entanto, marca a importância e necessidade de se pensar as questões éticas e biomédicas desde a América do Sul.

Tal demarcação, em consonância com os estudos decoloniais (tais como apresentados por Grosfoguel), biopolíticos (tal como formulados por Foucault) e da necropolítica (como conceituado por Mbembe), visa a um rompimento com o poder hegemônico, especialmente aquele relacionado ao saber eurocêntrico e estadunidense, reconhecendo que a América Latina tem capacidade para construir seu próprio conhecimento, sem desmerecer os já existentes e advindos de outros continentes (com as devidas críticas pertinentes), mas, principalmente, que as questões sanitárias e relacionadas aos modos de viver e morrer desde o Sul demandam perspectivas epistemológicas distintas. Trata-se de romper com o consumo acrítico do que é produzido nos Estados Unidos e Europa.

Do mesmo modo, a política sobre drogas não foi pensada numa ótica bioética, assim como é precário o diálogo inverso, ou seja, entre Bioética e políticas sobre drogas. Assim, aproximar o campo da política sobre drogas da bioética e ambas dos estudos decoloniais aponta para uma possibilidade de rompimento com a absorção do modelo de pensamento político sobre as diretrizes para a política de drogas elaborado e desenvolvido em países distintos das características do Brasil, a exemplo dos Estados Unidos e países europeus. Considera-se que “os estudos sobre a colonialidade não foram originalmente pensados tendo em vista as questões bioéticas” e nem sobre a política de drogas<sup>(5)</sup>.

No entanto, no âmbito desta pesquisa, um artigo e diversos capítulos de livros foram gerados, tomando a perspectiva decolonial e da Bioética de Intervenção para a reflexão sobre políticas de tratamento, prevenção e de redução de danos para usuários de drogas e em situação de vulnerabilidade.

Destaca-se o texto *Os Desafios do Setor de Assistência Social para a Formação em Álcool e Outras Drogas Baseada nos Direitos Humanos*<sup>(107)</sup>, presente no livro *Drogas e Direitos Humanos: Reflexões em tempos de guerra às drogas*, no qual os autores criticam o padrão hierárquico de colonialidade da vida, que classifica “as populações como superiores ou inferiores” para apresentar como os modos coloniais se reatualizam frente a usuários de drogas, especialmente os que estão em

situação de rua<sup>(107)</sup>. Ainda em conformidade com os autores, a classificação desse grupo populacional assente a realização de práticas que

podem ser similarizadas com a barbárie, o atraso, a incivilização que havia sido atribuída a populações originárias de nosso continente. É isso autoriza que, muitas vezes, o Estado e outras instituições que chamam para si a tarefa de lidar com esse fenômeno tratem essas populações de modo inferiorizado, restringindo o acesso a direitos, com a justificativa de desenvolver esses grupos, de “educá-los”, de “curá-los”<sup>(107)</sup>.

O texto mais recente de Ribeiro & Flor do Nascimento<sup>(108)</sup> trata da questão das políticas de drogas, articulando com a Bioética, colonialidade e redução de danos. O texto apresenta “a denúncia antirracista da colonialidade” inaugurando, de forma mais contundente, o posicionamento dos autores do quanto o Brasil ainda reproduz práticas coloniais com grupos marcados pela discriminação interseccional. Para os autores, a colonialidade é compreendida enquanto “padrão de poder que hierarquiza as relações políticas, os conhecimentos e a vida, seguindo um modelo racializado de classificação de populações que subalterniza as mais diversas experiências”<sup>(108)</sup>.

A Bioética de Intervenção é incontestavelmente aversa à imposição de padrões de conhecimento, do pensar e do fazer desalinhado com a perspectiva dos povos aos quais a construção se destina, reconhecendo o poder do saber e a importância do saber local, especialmente para a resolução de problemas persistentes como a fome, miséria, desigualdade e iniquidade. Essas afetam significativamente as pessoas que fazem uso de drogas e estão em situação de rua.

Em consonância com a perspectiva de pensar os dilemas brasileiros desde o Sul, Flor do Nascimento<sup>(5)</sup> afirma que “o local, é nesse contexto, menor, marginal, bárbaro, subalterno. O local é deslocado do centro, é visto como ligado com o retrógrado, com o que precisa ser educado, melhorado, desenvolvido para alcançar o ideal/global”<sup>(5)</sup>.

Tal compreensão nos permite um parêntese para pensar o quanto essa perspectiva justifica o rechaço às práticas redutoras de riscos e danos, as quais, necessariamente, reconhecem o saber e a perspectiva “do menor”, “do marginal”, “do subalterno” usuário de drogas em situação de vulnerabilidade para as intervenções no seu próprio tratamento. Fica explícito o deslocamento da interpretação da colonialidade numa macro visão, para a aplicação prática, cotidiana, tema afeto pelos estudos decoloniais que abarcam uma “prática de oposição e intervenção” às práticas coloniais<sup>(109)</sup>.

O conceito de Colonialidade foi cunhado pelo sociólogo peruano Aníbal Quijano<sup>(110)</sup>, que apresenta a colonialidade como:

padrão de poder é a classificação social da população mundial de acordo com a idéia de raça, uma construção mental que expressa a experiência básica da dominação colonial e que desde então permeia as dimensões mais importantes do poder mundial.

Considera-se impossível tratar das questões relacionadas à saúde do usuário de drogas sem tocar no ponto de como a modernidade reproduz padrões nefastos de exercício de poder. Utilizado “no passado” por meio do controle dos corpos, animalizados dos povos escravizados durante o período escravagista, o exercício de poder atualiza-se aqui, na perspectiva colonial de poder que atravessa de forma avassaladora o jeito de viver e morrer daqueles que fazem uso prejudicial de drogas, em que “os conflitos de poder e os regimes de poder-saber continuaram e continuam nas chamadas nações pós-coloniais”, como o Brasil<sup>(109)</sup>.

Em *História da sexualidade I: a vontade de saber*, Foucault<sup>(111)</sup> traz a discussão sobre a biopolítica em o “direito de morte e poder sobre a vida” em que trata do quanto o soberano, sempre teve o poder privilegiado de “dispor” sobre a vida e a morte dos escravos, dos filhos, das mulheres. No campo das drogas, desde a mudança da lei drogas, em 2006, em que supostamente se fez uma distinção entre quem é traficante e quem é usuário, com pretensão de cuidar (no campo da saúde e da assistência social) de quem faz uso prejudicial e aplicação de leis cabíveis para o tráfico de drogas, vivencia-se no Brasil uma escalada de violência, prisões e mortes. O que a lei 11.343/2006 revelou após a sua implantação, nos últimos 12 anos, foi que na verdade a lei busca moldar a conduta das pessoas, com exercício de poder sobre a vida, especialmente das mais vulneradas, em que o Estado, soberano, exerce o seu poder “assimétrico” e de forma letal. Atualizando a discussão sobre vida e morte, a partir dos estudos de Foucault<sup>(111)</sup>,

o soberano só exerce, no caso, seu direito sobre a vida, exercendo o seu direito de matar ou contendo-o; só marca seu poder sobre a vida pela morte que tem condições de exigir. O direito que é formulado como “de vida e morte” é, de fato, o direito de causar a morte ou de deixar viver.

O soberano, na atualidade, são os agentes que operam em nome do Estado, que tanto no sistema de saúde como no de segurança pública e de justiça, nos revelam, com holofotes para que o espetáculo seja visualizado por todos, o quanto

dispõem e fazem a seletividade de quem querem deixar viver e quem deixar morrer, pondo em prática o “privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la”<sup>(111)</sup>.

Mbembe, em diálogo com os estudos da biopolítica por Foucault, avança para o que ele chama de necropolítica. O estudo sobre a responsividade do sistema de saúde para os usuários de drogas, numa perspectiva Bioética, nos leva a navegar pelo mar de sangue derramado dos corpos negros que são tombados pelas armas na guerra às pessoas que não cedem à obediência servil do Estado ou padecem nos serviços de assistência à saúde. No alto da sua soberania, esse Estado, que na Constituição indica que é o responsável pelo cuidado, quando não vulnerabiliza, mata. Conforme Mbembe<sup>(112)</sup> :

a expressão máxima da soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem pode morrer. Por isso, matar ou deixar viver constituem os limites da soberania, seus atributos fundamentais. Ser soberano é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação de poder.

Estudos de Soares Filho sobre homicídios no Brasil de 2000 a 2009 mostram que no ano de 2009, os negros/as representaram 69% das vítimas de homicídios. Estudos de Neves e colaboradores<sup>(113)</sup> mostraram que o perfil predominante das pessoas que foram atendidas ou que deram entrada em algum serviço do Sistema Único de Saúde em 2011, vítimas de acidentes e violência, era do sexo masculino, com idade entre 20 a 39 anos, que estudou de 9 a 11 anos, tendo como raça/cor parda. Já os dados do Atlas da Violência, com relação ao período de 2006 a 2016, elaborado a partir de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e disponibilizados no site do Departamento de Informática do SUS – DATASUS, quanto a mortes violentas, apresentou que “os homicídios respondem por 56,5% das causas de óbito de homens entre 15 a 19 anos”<sup>(65)</sup>. No que tange à desigualdade das mortes violentas quanto ao quesito raça/cor, os dados apresentados são alarmantes, mesmo considerando a existência de subnotificações, especialmente quando comparados os dados da segurança pública (que na inexistência da certeza da morte, registra no Instituto Médico Legal, como morte por agressão e não por homicídio) e do sistema de saúde.

a desigualdade das mortes violentas por raça/cor, que veio se acentuando nos últimos dez anos, quando a taxa de homicídios de indivíduos não negros diminuiu 6,8%, ao passo que a taxa de vitimização da população negra aumentou 23,1%. Assim, em 2016, enquanto se observou uma taxa de homicídio para a população negra de 40,2, o mesmo indicador para o resto da população foi de 16, o que implica dizer que 71,5% das pessoas que são assassinadas a cada ano no país são pretas ou pardas<sup>(65)</sup>.

Em uma década (2006-2016), houve um aumento de 23,3% de jovens com idade entre 15 e 29 anos que morreram, vítimas de homicídio, com “forte concentração de homicídios na população negra”<sup>(65)</sup>. O atlas da violência aponta:

Em 2016, por exemplo, a taxa de homicídios de negros foi duas vezes e meia superior à de não negros (16,0% contra 40,2%). Em um período de uma década, entre 2006 e 2016, a taxa de homicídios de negros cresceu 23,1%. No mesmo período, a taxa entre os não negros teve uma redução de 6,8%<sup>(65)</sup>.

O Atlas analisou ainda o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, em que em 78% das intervenções policiais, no período de 2015 a 2016, 76,2% das vítimas eram negras, mesmo considerando as subnotificações por raça/cor<sup>(65)</sup>.

Ser negro, usuário de drogas e em situação de rua no Brasil, significa a justificativa dos operadores da lei para encarcerar e exterminá-los. O Atlas da Violência destaca que “os negros, especialmente os homens jovens negros, formam o perfil mais frequente do homicídio no Brasil, sendo muito mais vulneráveis à violência do que os jovens não negros”<sup>(65)</sup>.

A PNSIPN indica a

Implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos Estados e municípios, conforme a Portaria MS/GM n.º 936, de 19 de maio de 2004, como meio de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas (BRASIL, 2004a)<sup>(96)</sup>.

O binarismo daqueles que matam e daqueles que morrem reproduz o discurso de guerra. A necessidade de proteção aos não negros, que não estão em bairros periféricos, que estão inseridos socialmente e são reconhecidos como tal na proteção dos seus lares, tem levado, cada vez mais, o Estado a esconder os corpos negros quer seja nas delegacias e prisões, onde muitos estão em prisão provisória, aguardando julgamento ou nos cemitérios, pois, “reconhecidos” enquanto traficantes e, logo, retirado o seu direito de defesa, têm a morte matada como destino. O país, por meio da ação do Estado, transmite claramente a mensagem de que vidas negras são indignas.

Trata-se do que Foucault chamou a atenção quando expressa que “essa morte, que se fundamentava no direito do soberano se defender ou pedir que o defendessem, vai aparecer como o simples reverso do direito do corpo social de garantir sua própria vida, mantê-la ou desenvolvê-la”(111). E nesse sentido Braz(114) questiona: “quem protege quem e contra o quê na ausência de um referencial moral comum?”.

O estudo da biopolítica nos permite a compreensão de que o domínio da vida é uma característica da política que traz uma dualidade de promoção de cuidado, segurança, oferta de serviços, etc., ao preço do controle dos corpos, mas não do mesmo modo para todos os corpos. A biopolítica e o biopoder são notadamente presentes na aplicação da lei de drogas, tanto pelo sistema de saúde e assistência social, quanto pelo sistema de segurança pública e de justiça, com prevalência de ação letal ou por meio da inércia de ação, em que ambas produzem o mesmo efeito: não deixar viver. É desse modo que as grandes políticas públicas operam sobre a vida das populações.

A não responsividade do sistema de saúde para os usuários de drogas e em situação de vulnerabilidade por princípio é biopolítico. O Estado, por meio do Sistema Único de Saúde e, no caso das questões relacionadas às drogas, do sistema de segurança pública e de justiça, traz consigo o biopoder que é o “cuidado” do corpo, via controle da vida e da morte, o que na, perspectiva dos direitos humanos, traz uma contradição ao esperar que o Estado, ao atuar por meio do biopoder, o exerça não na perspectiva do controle e sim pelo cuidado e preservação de todas as formas de vida. Trata-se de direito à vida, direito ao corpo, direito a saúde. A ação do Estado sobre o indivíduo, pela perspectiva Bioética cunhada na América Latina não deve se dar pela via da disciplina, da ação do Estado sobre os indivíduos de forma vulnerabilizante, tornando o corpo humano “dócil”.

Não é possível desconsiderar os efeitos subjetivos e sociais que impactaram os povos da África que foram escravizados continuam presentes na atualidade, com demarcação de ambiente anti-negro, racista, com mecanismos de extermínio presentes nas diversas formas de gestão da vida, em que o mesmo processo que leva ao encarceramento em massa, leva à ausência de tratamento no SUS e à morte dos jovens.

A biopolítica, dentro dos grandes temas como injustiça e pobreza, esclarece e, na verdade, traz desânimo e desesperança, quanto à possibilidade de modificação da operação do sistema de política pública. Tomando como grande área a saúde, a

biopolítica foi fundada: para o controle e obediência e não para o cuidado. O próprio consumo de substância psicoativa já rompe com a normatividade e obediência enquanto virtude.

Percebe-se que há uma supergovernabilidade do Estado, por meio do excesso de controle e de ordenamento dos corpos, com hierarquia de subordinação desse controle e ordenamento. Nessa perspectiva, as políticas sobre drogas aparecem como um dos ordenadores do cumprimento da obediência e exercício de poder do Estado, contra grupos vulnerabilizados, estigmatizando-os e ampliando as iniquidades e injustiças sociais.

Não é possível deixar de tomar em consideração nessa análise a superlotação carcerária que também atende à demanda do Estado a serviço do mercado/capital, em que quanto maior o número de pessoas nas celas, maior a receita, especialmente porque as penitenciárias estão sendo terceirizadas e, enquanto empresas, precisam gerar lucro.

Os dados relacionados ao quesito raça/cor no âmbito do sistema prisional dão conta de apenas 26% da sua população. Ainda assim, os dados desses 26% apresentam que estão contingenciados nos sistemas prisionais 83% de pessoas negras<sup>(115)</sup>.

Faz-se mister retomar aqui o lugar das mulheres nesse ninho entrecruzado de políticas que vulnerabilizam, uma vez que

elas também são presas por serem cônjuges ou estarem ligadas a homens que estão presos por crimes relacionados a drogas. Elas não têm muitas informações a prestar e não conseguem negociar penas mais leves porque são mulheres e trabalham nos níveis mais baixos das organizações dos traficantes de drogas<sup>(68)</sup>.

O documentário *Auto de Resistência*(116), estreado em 2018, tendo Natasha Neri e Lula Carvalho como diretores, trata dos homicídios praticados por policiais do Rio de Janeiro. Um dos casos apresentados, é o de um jovem que, pela seletividade policial, foi ferido enquanto brincava com os amigos próximo de casa. Ele foi atingido no peito por uma bala (seu amigo morreu a caminho do hospital nesta mesma operação policial) e, ao ser levado ao hospital, aguardou até o dia seguinte para ser atendido, mesmo com estado de saúde precário, estando dentro da unidade de emergência. Ao relatar o caso, o que se pretende aqui é tratar da discriminação intencional que é apresentada por Crenshaw(72), a qual é direcionada ao preto, pobre, suposto usuário de drogas ou traficante e, desse modo, não merecedor do cuidado e

de viver. O jovem do caso relatado, além de ser atingido, foi preso injustamente e teve que provar que não era usuário e nem traficante. A defesa foi possível, a partir de uma gravação no próprio celular da vítima, com registros do momento em que ele brincava com os seus amigos na rua e recebeu os tiros. Após todo o trauma da perda violenta e vil do amigo, da não responsividade do sistema de saúde às suas necessidades e da vivência em privação de liberdade, o jovem passou a viver com a bala alojada ao peito, com limitação de atividades, morrendo posteriormente de acidente cardiovascular, podendo o motivo desta morte ser atribuída diretamente à seletividade policial e a ausência da resposta do sistema de saúde para a sua necessidade.

Para o Ministério de Desenvolvimento Social, a erradicação da extrema miséria perpassa o enfrentamento da violência, trazendo a perspectiva interseccional relacionada às vítimas jovens negras, fazendo a articulação com o Programa Juventude Viva, enquanto estratégia contra a violência articulada com a política de drogas<sup>(117)</sup>. O Plano Brasil Sem Miséria também traz a perspectiva da violência como “prevenção e de redução da vulnerabilidade da população de rua, sobretudo às situações de violência”<sup>(118)</sup>.

Vale ressaltar que, no ano de 2001, foi instituída a Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01 a qual foi aprovada na 106ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada também em 2001 e considerando que

as causas básicas da morbimortalidade por acidente e violência em nosso país, encontram-se ligadas aos alarmantes níveis de desigualdade, pobreza, impunidade e descontrole do tráfico de armas e drogas, assim como à aparente fragilização dos valores sociais da justiça, solidariedade, igualdade de oportunidades e da esperança<sup>(103)</sup>.

## 4 A PESQUISA DA FIOCRUZ E ANÁLISES BIOÉTICAS

Como já foi sinalizado anteriormente, o inquérito realizado pela Fiocruz sobre o perfil dos usuários de crack no Brasil foi objeto de análise bioética no âmbito desta tese. Neste capítulo, os resultados serão analisados. Especificamente o capítulo que trata dos achados referentes aos “Aspectos de saúde e acesso a serviços de atenção por usuários de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional” serão discutidos pela perspectiva da Bioética e da DUBDH.

### 4.1 USO PREJUDICIAL DE DROGAS E VULNERADOS USUÁRIOS DE DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA URGENTE REFLEXÃO BIOÉTICA(S)

Esse capítulo tem por objetivo pautar a temática do uso de drogas por populações vulneráveis na Bioética, tendo em vista a pouca produção no campo e que a questão relacionada ao uso prejudicial de drogas por vulneráveis é um problema persistente, que atravessa décadas, com soluções pouco pautadas na promoção da justiça, garantia de direitos e dignidade dos vulneráveis, como será apresentado no capítulo referente à análise bioética dos dados.

A BI mostra-se mais adequada para discutir questões que tangenciam a equidade no sistema de saúde para usuários de drogas e em situação de rua e, portanto, os vulneráveis.

As questões relacionadas aos usos de drogas são trazidas por Berlinguer<sup>(119)</sup> enquanto um risco fundamental sem, no entanto, propor a exclusão daqueles que fazem uso prejudicial. O autor expõe que o fato de o uso prejudicial de drogas ter, dentre outras possibilidades, uma classificação sociocomportamental. Para alguns, a ênfase da responsabilidade pessoal deve ser considerada “a ponto de restringir o acesso aos tratamentos de doenças derivadas desses comportamentos [uso de drogas] insalubres”. Berlinguer<sup>(119)</sup> não reconhece os marcadores sociais que implicam o consumo prejudicial das drogas. Tal perspectiva, a partir da análise do autor, defende que o tratamento para problemas de saúde decorrentes do uso de drogas “deveriam ser negados, ou de qualquer modo excluídos das despesas públicas, se e enquanto tais doenças derivam da própria culpa”<sup>(119)</sup>. No entanto, o autor afirma que a Bioética não se coaduna com essa orientação discriminatória:

seja porque a gama dos comportamentos potencialmente patogênicos que levariam à exclusão dos tratamentos seria infundável (por que então não penalizar também a obesidade ou o sedentarismo, por exemplo?), seja por uma questão de princípios<sup>(119)</sup>.

A abordagem interdisciplinar, “em que a reflexão e certas decisões pertencem a todos”<sup>(120)</sup>, considerando as diversas faces de um problema e dialogando com o conhecimento apreendido de outras ciências para que, de forma concreta, seja possível encontrar “soluções adequadas”<sup>(120)</sup>, é fundamental para as reflexões bioéticas. Tal abordagem coloca a Bioética, enquanto ética aplicada, como sendo uma importante disciplina<sup>1</sup> para resolver o impasse entre a demanda dos usuários e a resposta do sistema de saúde para as suas necessidades.

Nesse sentido, a Bioética é utilizada nessa pesquisa não apenas para trazer uma perspectiva analítica para o problema, buscando uma ponte entre o que é ofertado pelo SUS e o que é demandado pelo vulnerável usuário de drogas, mas para indicar formas de solucionar o problema da resolutividade do sistema de saúde para esse grupo populacional, a partir da coerência de uma “análise rigorosa, lógica, desenvolvendo-se sob um plano ordenado, comportando uma série de etapas ligadas umas as outras”<sup>(120)</sup>.

Com a escassez de recursos para a saúde<sup>(121)</sup>, as necessidades neste campo são crescentes, demandando que o sistema busque estratégias para a alocação e distribuição de recursos, considerando a promoção, a proteção e o cuidado da saúde da população, de forma responsiva, estando diretamente ligada à justiça, equidade e atenção ao direito à saúde dos cidadãos. É imperativo que as políticas que tocam as pessoas vulneráveis, usuárias de drogas, considerem maximizar os benefícios e minimizar os danos ocasionados pelas condições biopsicossociais e econômicas dessas pessoas. Tal temática faz parte do escopo das questões bioéticas, enquanto “ética das políticas públicas”<sup>(120)</sup>.

Discorreremos aqui de forma sintética sobre a origem e história do surgimento da Bioética, no contexto global e/ou regional/latino americano, apontando o quanto a utilização da Bioética é pertinente para tratar da temática dessa tese. Apresenta-se também a escolha pela Bioética de Intervenção, como linha analítica central, sem descartar ou desmerecer nem a importância das demais correntes, nem a

---

<sup>1</sup> Ao definir a Bioética, Durand<sup>(120)</sup> traz as diferentes percepções, sendo essas: “parte da ética”, “método de análise”, “pesquisa normativa”. Para Martins<sup>(122)</sup> existem correntes da Bioética. Schramm<sup>(123)</sup> apresenta como uma ferramenta. Para Cruz e Trindade<sup>(6)</sup>; Garrafa, Kottow e Saada<sup>(124)</sup> a Bioética é uma disciplina. Esse trabalho a concebe a Bioética enquanto uma disciplina.

possibilidade da sua aplicabilidade a esse estudo. Vale ressaltar ainda que a bibliografia nacional e internacional oferece referências aprofundadas e consistentes para aqueles que desejam conhecer e estudar a história da Bioética no Brasil e no mundo, diferente da temática Bioética e drogas, pela perspectiva dos vulnerados e pela via da saúde, a qual é praticamente inexistente.

A Bioética Principlista nasceu nos Estados Unidos centrada em quatro princípios supostamente universais<sup>(125)</sup>, que são beneficência, não maleficência, autonomia e justiça<sup>(122;126)</sup>. Tal Bioética, nascida no Primeiro Mundo, não lança reflexões sobre as questões Bioéticas fundamentais de países do continente africano ou da América Latina, por exemplo, tornando-se insuficiente para analisar os macro problemas éticos persistentes, como o que atinge os vulnerados usuários de drogas e em situação de rua no Brasil. Apesar de trazer elementos para discutir a responsividade do sistema de saúde para usuários de drogas em situação de rua, indica uma universalidade e hierarquização desses princípios, os quais não se coadunam com as necessidades de populações vulneráveis, estigmatizadas como a deste estudo. Trata-se de uma Bioética que prioriza a autonomia individual, com caráter egóico<sup>(126)</sup>. A Bioética Principlista:

é um modelo visto “de cima” pela ótica dos ricos e do desenvolvimento, por isso não prioriza as questões dos pobres, que lutam continuamente para continuar vivos, mas sem saber se terão o pão de amanhã e se vão ficar doentes para sofrer numa fila de hospital público por falta de atendimento<sup>(122)</sup>.

Desse modo, conforme Garrafa<sup>(125)</sup>, considerando o pluralismo moral, o “multiculturalismo (religioso, moral, étnico, sociológico)”, as disparidades sociais entre continentes e países, bem como a impossibilidade de se ter apenas quatro princípios norteadores para tratar de dilemas éticos de contextos sociais distintos, alguns modelos bioéticos foram elaborados em diferentes regiões. Tais modelos não foram criados em oposição à corrente clássica da Bioética (a Bioética de princípios – principlista), mas para complementar esses princípios e ser anti-hegemônico. Contudo, vale ressaltar que todas as Bioéticas propostas possuem em comum o “respeito à vida” e o “respeito à autodeterminação da pessoa”<sup>(126)</sup>.

Schramm<sup>(123)</sup> traz que existem muitas formas legítimas de perceber a Bioética, podendo ser essas a partir “do seu objeto de estudo, seu método ou tipo de procedimento (s), sua (s) tarefa (s) e finalidade (s); ou segundo a (s) referência (s) moral (is) adotada (s)” . Coadunado com essa perspectiva, Durand<sup>(126)</sup> apresenta

alguns “modelos” de Bioética que foram criados, tais como, a Ética das virtudes, fundada na “natureza da relação médico-paciente: relação em que entram dimensões médicas, espirituais, voluntárias, afetivas, sociais, religiosas”, tratando-se de uma “renovação da abordagem ética no encontro clínico a partir da virtude da prudência”<sup>(126)</sup>.

Já a corrente feminista traz um questionamento do “poder masculino, a exploração das mulheres como grupo social”<sup>(126)</sup>. Na corrente Casuística, predomina a busca para “unir a experiência vivida dos doentes, as condições individuais dos pacientes, as circunstâncias particulares das situações, sem encerrar a ética em qualquer sistema e inclusive em nenhum princípio absoluto”<sup>(126)</sup>. O autor apresenta ainda a Ética Narrativa, que busca a “integração da história da pessoa e do sentido que ele atribui a sua própria vida”<sup>(126)</sup>, e a Ética das Responsabilidades, a qual vai “desde a ética normativa (René Simon) até a concepção de uma ética sem antropologia, sem fundamento substancial, respondendo somente à prudência e a uma vigilância de ordem prática (Guy Bourgeault)”<sup>(126)</sup>.

Apesar da importância desses modelos e em especial da importância histórica e teórica da Bioética Principlista, estas não atendem às reflexões e questões pertinentes à realidade de países subdesenvolvidos. Essas nações, como o Brasil, trazem consigo problemas de situações emergentes<sup>2</sup> e situações persistentes<sup>3</sup> desses países. Diante de dilemas morais que persistem mesmo após o avanço da ciência, os países periféricos necessitam de teóricas bioéticas contra-hegemônicas e que favoreçam a mudança<sup>(127)</sup>.

Conforme Martins<sup>(122)</sup>: “a análise da realidade Latino Americana evidencia um contexto muito complexo, marcado pela desigualdade social, um continente ferido pela injustiça, cujo sangue corre na dor dos povos empobrecidos.”

Os resultados da pesquisa da Fiocruz apresentam claramente o quanto a demanda dos usuários de drogas entrevistados é por uma vida minimamente digna, a exemplo de alimentação e banho.

---

<sup>2</sup> As situações emergentes estão relacionadas com aquelas advindas dos avanços biotecnológico e científico.

<sup>3</sup> Conforme Garrafa & Porto<sup>(67)</sup>, as situações persistentes dizem respeito àquelas que continuam existindo em países periféricos sem solução ao longo da história da humanidade, a exemplo da exclusão social, discriminação, racismo, iniquidade em saúde, dentre outros. Todos são temas persistentes e que são concernentes a essa pesquisa.

As questões que estão imbricadas no modelo de política de drogas brasileiro estão diretamente ligadas às moralidades acerca da questão do uso de entorpecentes. Quando tomamos as pessoas que fazem uso problemático de drogas com o pluralismo moral presente na base conceitual da BI, é possível realizar uma reflexão que permite avaliarmos a questão da responsividade do sistema de saúde para as demandas dos usuários. Tal reflexão, a partir de uma perspectiva plural, a qual, conforme Nascimento<sup>(5)</sup>, possibilita a escolha de maneiras distintas de resolver um mesmo problema, sem haver uma hierarquia de interpretações ou de valores, é fundamental para que a BI possa favorecer elementos que permitam a aproximação do campo álcool e outras drogas (AD) do campo da Bioética, bem como elementos de proposição para a resolutividade do conflito ético existente no campo AD. Assim, considerando a BI, essa pesquisa toma como marco teórico conceitual o corpo e os direitos humanos como referenciais norteadores<sup>(67)</sup>.

Cruz e Trindade<sup>(6)</sup> reiteram a corporeidade na perspectiva dos direitos humanos enquanto elemento da BI, agregando ainda importantes noções para a discussão da responsividade do sistema de saúde para os usuários de drogas em situação de rua. Ao requerer trazer a BI enquanto uma Bioética não neutral e comprometida com os direitos humanos dos mais vulnerados, Garrafa<sup>(12)</sup> traz os 4Ps (prevenção, proteção, precaução e prudência) enquanto categorias de análise crítica.

Os 4Ps serão elementos de análise dos achados da Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack, considerando que a prevenção se refere à perspectiva analítica que permita evitar os danos e diminuir os riscos<sup>(5;6)</sup>. A proteção considera a condição de vulnerabilidade para que a intervenção a ser desenvolvida ocorra no sentido de proteger o sujeito ou grupo vulnerado<sup>(5;6)</sup>. Na precaução, os riscos são o ponto de partida para avaliar as formas de minimizá-los ou cessá-los, tanto nas atuais gerações quanto nas gerações que ainda estão por vir<sup>(5;6)</sup>. Já a prudência analisa as condições existentes na intervenção para uma tomada de decisão que gere menos riscos<sup>(123;124)</sup>.

A Bioética de Intervenção opta pela militância, por uma igualdade de direitos fundamentais, estando ao lado dos mais frágeis da sociedade, compreendendo que qualquer análise do ser humano parte do próprio ser humano, em que o corpo é um marco para qualquer intervenção que se queira ética. Vale reforçar que a BI traz um forte reconhecimento dos artigos da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) para refletir as situações emergentes e persistentes da nossa sociedade.

O debate ético, proposto pela BI, “diz respeito às condições necessárias à existência física e social dos indivíduos, compartilhada por todos os atores envolvidos, com enfoque preferencial na equidade”<sup>(6)</sup>.

Na percepção de Martins<sup>(122)</sup>, a Bioética de Intervenção é uma corrente da Bioética, destinada aos vulneráveis sociais e que apresenta “conceitos necessários para a orientação de ações concretas”<sup>(6)</sup>.

Além do marco da corporeidade enquanto materialização da pessoa, os conceitos importantes para a BI de intervenção também são fundamentais para os vulnerados usuários de drogas, quais sejam empoderamento (para que haja a capacidade de encontrar seus próprios caminhos em busca de suas necessidades), libertação (conhecer o seu opressor para assim se libertar do que o oprime – saber é poder), emancipação (ter domínio de si mesmo, o que não é possível sem o exercício da autonomia<sup>4</sup>.

No ano de 2017, Gabriella Neves<sup>(28)</sup> defendeu sua dissertação de mestrado intitulada *O conflito ético entre proibicionismo e redução de danos: análise e contribuições Bioéticas*, no programa de Bioética da UnB no mês de maio. O estudo inaugura a discussão do tema das questões relacionadas às drogas, pela perspectiva dos humanos e não das substâncias, apontando e denunciando a necessidade da aproximação do tema sobre vulneráveis, drogas e Bioética e, ao mesmo tempo, mostrando a importância e a necessidade. A autora, ao traçar a política de drogas no Brasil, indica em sua dissertação que após a década perdida (termo apresentado pelo Prof. Antonio Nery Filho em palestras ministradas pelo país, conforme apresentado pela própria autora), em que houve retrocessos no campo do tratamento responsivo aos usuários de drogas no país, que os próximos anos serão pautados pela saúde pública ética. Seria a possibilidade de um fim ao silêncio do debate moral e da reflexão ética sobre os aspectos envolvidos no campo das políticas sobre drogas<sup>(28)</sup>.

---

<sup>4</sup> Os usuários de drogas em situação de vulnerabilidade possuem autonomia frágil.

Figura 5 - As políticas sobre drogas no Brasil



Fonte: Neves<sup>(28)</sup>.

Em seus textos, a autora Fátima Oliveira<sup>(129)</sup> chama atenção para que a Bioética considere as questões sociais, raciais e étnicas, de gênero, dentre outras, como importantes questões a serem tratadas pela Bioética, denunciando uma ausência de pesquisas que tomem esses marcadores sociais como base analítica.

Ao final desse estudo, espera-se ser possível identificar a contribuição da Bioética de Intervenção para auxiliar os tomadores de decisão para a aplicação de um sistema de saúde de forma responsiva e a romper com a distância do lado da ponte que demanda e o outro lado, onde está a oferta.

#### 4.2 PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA: ACHADOS DA PESQUISA NACIONAL SOBRE O USO DE CRACK

No ano de 2010, diante da mobilização da opinião pública e o destaque da mídia brasileira para o tema do uso de crack nos centros urbanos das maiores capitais do país, o Governo Federal Brasileiro implementou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas<sup>(130)</sup>, alterado no ano seguinte para o Programa Crack, é Possível Vencer<sup>(131)</sup>.

Não é possível deixar de tecer uma crítica quanto ao nome do programa – Crack, é Possível Vencer – o qual nos permite uma indagação de ordem Bioética. Vencer a substância crack, que é um objeto sem movimento, ou vencer as pessoas que fazem uso do crack (e outras drogas)? Tendo em consideração, conforme será apresentado na sequência, estes usuários fazem parte de uma minoria

socioeconômica, com desvantagens que antecedem o uso de drogas. Ressalta-se que aqui se fala de pessoas que fazem uso prejudicial.

O programa traz três eixos de atuação. O eixo cuidado esteve a cargo dos Ministérios da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério da Educação e Ministério da Justiça, o qual, por meio de recursos destinados para os Estados e municípios, favoreceu a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Conforme balanço apresentado pela Casa Civil do Governo Federal<sup>(132)</sup>, foi possível ampliar do número de equipes do CnaR (126 ao total – Quadro com a distribuição das equipes no Brasil, disponível no anexo 1), de unidades de acolhimento adulto, unidades de acolhimento infantil, leitos em enfermarias especializadas, de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24h – CAPSad III, outros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), comunidades terapêuticas, serviços de abordagem social de rua, Centro Pop e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). No âmbito do Programa, há o estímulo para a ampliação dos Consultórios de Rua com financiamento, que transformado em estratégia política do SUS, passa a se chamar Consultório na Rua

No eixo autoridade, a proposta apresentada era a de redução da oferta do crack e outras drogas por meio do aumento do número de bases móveis, de policiais capacitados em policiamento de proximidade e enfrentamento a organizações criminosas. Ressalta-se que para tais ações, foram investidos 13 milhões de reais<sup>(133)</sup>, com a compra de armas não letais, a exemplo dos spray de pimenta e pistola de condutibilidade elétrica, dentre outras ações. O eixo autoridade foi executado unicamente pelo Ministério da Justiça.

O último eixo, o da prevenção, foi executado pelo Ministério da Justiça, Ministério da Educação e Secretaria de Direitos Humanos. Este prevê a ampliação de centros regionais de referência e capacitação de profissionais e sociedade civil.

É importante sinalizar que este trabalho concebe o uso prejudicial de álcool e outras drogas enquanto um problema de saúde pública e social. Desse modo, ao final desse estudo, espera-se que seja possível fazer as análises necessárias para compreender em que medida as ações propostas pelo programa Crack, é Possível Vencer auxiliaram aqueles que sofrem com o uso de alguma droga.

Ainda no ano de 2010, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) idealizaram:

ampla investigação, composta por exploração etnográfica das cenas (No caso, cenas refere-se a espaços de congregação e interação social para o consumo de drogas, o qual ficou conhecido e estigmatizado, especialmente pelos meios de comunicação, pelo nome Cracolândia) de uso e inquérito epidemiológico, de abrangência nacional<sup>(20)</sup>.

O objetivo foi “delinear o perfil dos usuários de crack”, perfazendo ainda uma das ações do Programa Crack, é Possível Vencer, porém com resultados apresentados após a execução, sendo que a coleta de dados ocorreu no mesmo período de execução do programa.

O inquérito de âmbito nacional executado pela Fiocruz traz sete objetivos específicos, sendo o quinto:

Descrever a demanda por cuidados de saúde e o objetivo engajamento de usuários de crack em programas/unidades de tratamento para o abuso de drogas, problemas clínicos e de saúde mental entrevistados no âmbito do estudo compreendendo a amostra proposta<sup>(24)</sup>.

Tal objetivo está descrito na apresentação do estudo “Aspectos de saúde e acesso a serviços de atenção por usuários de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional”, o qual trata especificamente de aspectos relacionados à saúde e ao acesso a serviços de atenção, cujo resultado será objeto de análise Bioética, perfazendo um dos objetivos específicos desse estudo.

A decisão pelo uso do inquérito realizado pela Fiocruz, no que tange aos aspectos relacionados à saúde das pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, se dá pela dificuldade (1) de acesso às cenas de uso que são “extremamente fluídas e frequentemente violentas”<sup>(24)</sup>, (2) de acesso a esse público, por ser essa uma população considerada “oculta por seu comportamento ilegal”<sup>(128)</sup>. Sobre este aspecto, Bastos e Bertoni<sup>(24)</sup> dizem que:

Os usuários de drogas constituem uma população dita de difícil acesso e/ou “oculta” (*hidden population*), uma vez que não existe (e/ou não é possível obter/confeccionar) um cadastro de usuários de drogas onde se poderia proceder a uma contagem exaustiva desses indivíduos num determinado local.

O inquérito da Fiocruz utilizou o método *Time-Location Sampling (TLA)* em 26 capitais brasileiras, no Distrito Federal e em nove regiões metropolitanas federais, além do que os pesquisadores denominaram de Extrato do Resto do Brasil – REB<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> “Os municípios do ERB foram selecionados levando-se em consideração uma matriz de vizinhança de municípios e buscando agrupá-los de forma heterogênea quanto à taxa trienal de mortes por causas externas, obtidas através do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS), para o período mais atual disponível (2007 a 2009), à época da seleção da amostra”.

As cenas foram mapeadas em 2011. As pessoas abordadas responderam a um questionário inicial para verificar se faziam parte do perfil pretendido pelos pesquisadores.

O questionário<sup>6</sup> utilizado e aplicado individualmente continha oito seções, sendo uma delas “Serviços sociais e de tratamento de saúde (serviços utilizados e fatores que facilitariam a sua utilização)”<sup>(24)</sup>, que trata dos fatores que facilitam a utilização pela pessoa que faz uso de drogas e está em situação de rua, o que interessa para essa pesquisa.

Também se faz necessário contextualizar o período sócio-histórico em que a pesquisa divulgada pela Fiocruz foi encomendada e o momento histórico em que esta pesquisa de tese foi gestada. A pesquisa, com os resultados apresentados no capítulo 7 da Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack, foi encomendada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) no ano de 2010 e teve início com o mapeamento das cenas de uso no ano de 2011. Esses anos foram marcados por uma diretriz política de esquerda, ancorada na busca pela igualdade de direitos e justiça social especialmente para os mais vulnerados.

Desde que a encomenda da pesquisa foi feita para a Fiocruz, o Brasil passou por profundas transformações no campo político em geral, com indicativos de austeridade fiscal e redução de direitos sociais. Coadunando com essa perspectiva, Neves<sup>(28)</sup> afirma que:

Tendo em vista a arena política atual, de ameaças de retrocessos e de violações de direitos, torna-se premente a necessidade de se afirmar valores e princípios, a partir da reflexão dos fundamentos morais e das contribuições da Bioética, para orientar a tomada de decisão de gestores de políticas públicas sobre drogas.

O momento político que o Brasil vivencia, desde as eleições do primeiro presidente de origem popular até o impeachment da primeira presidente mulher do país, chegando ao fato do país ter um presidente não eleito que comanda o país, com perspectiva política liberal, voltada para os interesses econômicos das grandes corporações nacionais, em que a luta pela igualdade social fica alijada, aponta para a necessidade de reflexões bioéticas interventivas para evitar e/ou fazer resistência a retrocessos no campo de políticas sociais, na diminuição das injustiças sociais e promoção da equidade.

---

<sup>6</sup> Questionário elaborado em Teleform (software de conversão analógico-digital).

Nos meses de maio e junho de 2017, dois importantes dispositivos que atendem em parte às necessidades dos usuários de drogas que estão em situação de rua foram fechados, sendo eles o programa de Braços Abertos, que era executado pela Secretaria Estadual de São Paulo, e o Ponto de Cidadania<sup>(134)</sup>, na cidade de Salvador, executado pelo governo do Estado da Bahia. O encerramento dessas duas atividades, que estavam sendo referência para a resposta do sistema de saúde aos usuários de drogas e em situação de rua no Brasil, aponta para um retrocesso de ações que caminhavam numa perspectiva ética de cuidado aos mais vulneráveis e na oferta de um pacote de serviços, a exemplo de disponibilização de espaço digno para que os usuários pudessem tomar banho, ter acesso serviços de saúde e de assistência social..

#### 4.3 PERFIL DOS USUÁRIOS DE CRACK E SIMILARES NO BRASIL E A BIOÉTICA

O que se propõe aqui é realizar uma análise crítica, a partir da perspectiva da Bioética de Intervenção, dos referenciais da América Latina e da reflexão a partir do que a Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack, enquanto inquérito nacional, realizada e divulgada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), apresentou no capítulo intitulado de *Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográfico e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional*.

Do referido capítulo, nos interessa compreender e analisar qual é o perfil dos usuários de crack e similares que estão em cena de rua e em que esse perfil implica para a (não) responsividade do sistema de saúde. Como já foi sinalizado anteriormente, estar em cena de rua e/ou em condição de rua configura-se em uma vulnerabilidade ainda que esta condição de rua seja momentânea ou transitória.

A Bioética de Proteção nos permite incorporar a essa pesquisa, a partir do perfil dos usuários de crack e similares no Brasil, a proteção a esses indivíduos e a esse grupo vulnerável, tomando o princípio da justiça e equidade em saúde. Permite-nos a construção de uma proposição teórica que reconheça as singularidades regionais, de caráter político, buscando tomadas de posição a favor da parcela mais fragilizada por fatores sociais, para então compreender e realizar abordagens sobre os fenômenos.

A amostra inicial do inquérito foi caracterizada com 21 mil usuários brasileiros, com 18 ou mais anos, que fizeram “uso de crack e/ou (pasta base, merla, oxi) pelo

menos 25 dias nos últimos seis meses (aproximadamente uma vez por semana) em cenas “abertas” do consumo destas substâncias”<sup>(128)</sup>. Sendo considerada pela Fiocruz como a maior pesquisa sobre o crack já realizada no mundo, “foi concebida para ser representativa da população de usuários de crack e/ou similares que frequentavam os locais mapeados para o consumo de drogas e as consumiam fumadas em cachimbos, latas ou copos”<sup>(24)</sup>.

Aqui vale uma consideração. Conforme será apresentado a seguir, os usuários de crack e/ou similares são poliusuários, ou seja, utilizam além do crack outras substâncias lícitas e/ou ilícitas.

Ainda em conformidade com o resultado da pesquisa da Fiocruz, o perfil dos 370 mil usuários de crack e/ou similares nas capitais brasileiras é constituído por uma maioria de homens (78,68%), negros (não brancos representam 79,15%), solteiros (60,64%), de baixa escolaridade (16,49% com Ensino Médio) e baixa renda (65% trabalham de forma esporádica ou como autônomos), com média de idade de 30 anos, com tempo médio de uso de crack ou similares de 91,32 meses, sendo que 47% dos usuários de crack e/ou similares das capitais brasileiras estão em situação de rua.<sup>7 8</sup>

A única pesquisa de âmbito nacional, para mapear como é constituída a população em situação de rua, foi realizada no ano de 2007 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Quanto ao perfil, tal pesquisa apresentou uma predominância masculina, com 82%, com idade média entre 25 e 44 anos, e mais da metade dos entrevistados com 18 anos completos ou mais (53%). A maioria possui baixa renda (52,6% com renda semanal de R\$ 20,00 a R\$ 80,00), sendo 67% dos entrevistados pessoas negras em situação de rua<sup>(23)</sup>. Quanto ao quesito raça/cor, a pesquisa aponta que “a proporção de negros (pardos somados a pretos) é substancialmente maior na população em situação de rua”<sup>(23)</sup>.

A investigação apresentou que, entre os motivos que levam as pessoas a viverem em situação de rua, 35,5% se relacionam a questões decorrentes do uso prejudicial e ou abusivo de álcool e outras drogas, 29,8% com a falta de emprego e 29,1% a conflitos familiares. No entanto, é fundamental marcar que existe uma heterogeneidade das pessoas que estão em situação de rua por outros motivos (correspondendo a menos de 70% dos que não possuem relação com uma dessas três questões) que não o uso prejudicial de alguma substância psicoativa. Para além

---

<sup>7</sup> Pessoas que passam a maior parte do tempo na rua/ cena.

<sup>8</sup> Todos os dados apresentados referem-se a capitais.

do uso ou não de alguma substância psicoativa, esse grupo populacional é marcado pela extrema pobreza/absoluta “que está estreitamente vinculada às questões de sobrevivência física; portanto, ao não atendimento das necessidades vinculadas ao mínimo vital”<sup>(135)</sup>.

Ayres<sup>(136)</sup> apresenta três dimensões de vulnerabilidade para a compreensão do quanto essas incidem na integridade individual e expõem coletividades a agravos da saúde. Tratam-se de dimensões: a individual (composta por características individuais, como raça e gênero, e características comportamentais, como a ausência de autocuidado e exposição a situações de risco), a social (envolve informação para favorecer a capacidade do indivíduo de absorção desta), e a programática (que envolve a governança conectada com a dimensão individual e social<sup>(136)</sup>).

Essas três dimensões (individual, social e programática) se conectam com o Artigo 8º da DUBDH, que trata do respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual. Desse modo, é imperativo compreender como o fenômeno da pobreza se relaciona com as vulnerabilidades, em que, na atualidade, ainda persiste na sociedade a responsabilização do pobre pela sua condição de pobreza, desprezando a macro dimensão do problema.

Entendendo que a população em situação de rua vive em absoluta pobreza, movimentos nacionais conseguiram mobilizar o governo para instituir, por meio do Decreto Nº 7.053 de 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua, tendo com um dos objetivos garantir o acesso com responsividade às políticas públicas de saúde, com qualificação da oferta de serviços. Para tal, seguiram alguns macroprocessos, que serão apresentados sumariamente a seguir.

No ano de 2005, ocorreu em Brasília o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, com reivindicação de oferta responsiva para as questões relacionadas ao uso e abuso de álcool e outras drogas<sup>(74)</sup>.

Buscando a elaboração de estudos e apresentação de propostas de políticas públicas que considerem as vulnerabilidades e que efetivamente atuem junto à população em situação de rua, foi instituído o “Decreto de 25 de outubro de 2006, que constitui Grupo de Trabalho Interministerial - GTI”.

O censo brasileiro até então não inclui a população em situação de rua no questionário e, nesse sentido, apenas no ano de 2007/2008, foi realizada uma Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua<sup>(137)</sup>, conforme dados já apresentados aqui.

Finalmente, no ano de 2009, no mês de maio, ocorreu em Brasília o II Encontro Nacional sobre População de Rua em Situação de Rua, culminando com a instituição, em dezembro do mesmo ano, da Política Nacional para População em Situação de Rua.

Nessa mesma perspectiva, o Plano Brasil sem Miséria foi instituído por meio do Decreto nº 7.492, de 2011 e traz como destaque o reconhecimento da necessidade de cuidado específico para a população de rua considerando que esta está entre os grupos de maior vulnerabilidade social, incluindo o uso de substâncias psicoativas como mais vulnerabilizante(100). O plano apresenta os Centros de Referência Especializados de Assistência Social dedicados especificamente à população em situação de rua (Centros POP) presentes em 257 municípios brasileiros (2012 - 2013), totalizando 302 centros(138) e Consultórios na Rua (com cerca de 150 equipes em 2017), que são serviços e equipes responsáveis por articular e/ou disponibilizar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

Para o então Ministério de Desenvolvimento Social, a erradicação da pobreza perpassa questões estreitamente relacionadas à questão racial, cuidado e atenção em saúde para pessoas em situação de rua e uso prejudicial de drogas. Este último aparece como doença negligenciada<sup>(139)</sup>.

Os marcadores sociais apresentados acima – raça, gênero, escolaridade, renda, pertencimento a um determinado grupo social, que vulnerabiliza os sujeitos – trazem uma hierarquia entre vidas, com base no modelo de pessoa que foi construída colonialmente no ocidente<sup>(5)</sup>. Tal hierarquia promove uma invisibilização “de suas contingências e a sua construção político-cultural”<sup>(5)</sup>.

A partir das reflexões de Flor do Nascimento, é possível avançar no quanto o perfil dos usuários de crack e similares no Brasil está distinto de algumas características que formam o padrão da “pessoa superior”, qual seja branco, europeu, letrado e proprietário<sup>(5)</sup>.

Os achados da Fiocruz quanto ao perfil dos usuários apontam o perfil para uma população de “poliusuários”, em que se observa uma “forte superposição do uso de crack/similares com o consumo de drogas lícitas, sendo o álcool e o tabaco as mais frequentemente consumidas”<sup>(24)</sup>. Quanto à motivação para o uso do crack/similar pela primeira vez, 58,28% apontaram que foi por vontade/curiosidade, 29,19% citaram questões relacionadas a relacionamentos, perdas afetivas, problemas familiares e 26,73% disseram que foi resultado de influências, dados similares à investigação

sobre a população em situação de rua. No que tange à questão da saúde, mais de 70% informaram que compartilham os seus objetos para o consumo da droga e 77,97% expressaram vontade de realizar algum tratamento para o uso prejudicial da droga.

O perfil apresentado pela Fiocruz mostra os usuários de drogas em situação de rua, enquanto um “grupo vulnerável socialmente”<sup>(24)</sup>, em que

O que deve-se priorizar é a redução de números de usuários dependentes e com problemas decorrentes do consumo. Deseja-se que os indivíduos, independentemente do consumo de drogas, lícitas e/ou ilícitas, possam viver em sociedade, atingindo o bem-estar social, pessoal e familiar, sendo capazes de se manter economicamente ativos e gozar dos seus direitos como cidadãos brasileiros.

O que se deve priorizar é a redução de números de usuários dependentes e com problemas decorrentes do consumo. Deseja-se que os indivíduos, independentemente do consumo de drogas, lícitas e/ou ilícitas, possam viver em sociedade, atingindo o bem-estar social, pessoal e familiar, sendo capazes de se manter economicamente ativos e gozar dos seus direitos como cidadãos brasileiros<sup>(24)</sup>.

As questões relacionadas a raça, gênero e condição socioeconômica não estão dissociadas da maneira como o sistema de saúde (e não apenas) responde às necessidades do homem, jovem, negro, de baixa escolaridade e fora do mercado formal de trabalho.

No Brasil, os negros possuem menor escolaridade, menor salário, residem nos bairros de periferia das grandes cidades e estão excluídos de vários direitos sociais<sup>(43)</sup>. Ressaltamos que o quesito raça/cor é um importante componente para a compreensão e análise das desigualdades no campo da saúde. Destacamos ainda que as questões relacionados à drogadição estão cercadas de moralidades e ações antiéticas, que mais vulnerabilizam esse grupo populacional que necessita do Estado.

Por fim, enfatizamos que no Brasil existe pouco diálogo entre Bioética e a temática de drogas. Adicionalmente, considera-se que a sociedade brasileira, apesar de ser racializada, não se reconhece racista. Desse modo, as repercussões do racismo nas questões relacionadas à formulação e aplicação das políticas, a partir da análise do perfil apresentado, demanda que os formuladores e aplicadores das políticas de saúde considerem a forma como o racismo opera na política de drogas

no Brasil, para que assim o SUS possa fazer melhor uso do recurso público e efetivamente atender às necessidades desse grupo específico.

#### 4.4 ANÁLISE E DISCUSSÃO BIOÉTICA DOS “ASPECTOS DE SAÚDE E ACESSO A SERVIÇOS DE ATENÇÃO POR USUÁRIOS DE CRACK E/OU SIMILARES: RESULTADOS DO INQUÉRITO NACIONAL”

A Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack tem como o quinto objetivo específico: descrever a demanda por cuidado de saúde e o efetivo engajamento de usuários de crack em programas/unidades de tratamento para o abuso de drogas, problemas clínicos e de saúde mental entrevistados no âmbito de estudo compreendendo a amostra proposta<sup>(24)</sup>.

Os resultados encontrados para o objetivo descrito acima estão apresentados no capítulo *Aspectos de saúde e acesso a serviços de atenção por usuários de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional* serão apresentados aqui. No entanto, o quadro amostral a ser objeto principal de análise dessa tese refere-se à pergunta: quais aspectos de um serviço de assistência a pessoas que usam drogas seriam mais importantes para você decidir se usaria um serviço ou não? Tal pergunta foi analisada tomando como categoria de análise os pressupostos da Bioética de Intervenção e dos artigos 3, 5, 8, 10, 11 e 14 da DUBDH.

As respostas dadas pelos usuários para a pergunta “Quais aspectos um serviço de assistência a pessoas que usam drogas seria mais importante para você decidir se usaria um serviço ou não?” está apresentada na tabela 1. Foram solicitados à instituição responsável pelo inquérito denominado Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack os dados desagregados por Estados, municípios e regiões. No entanto, o financiador não autoriza tal divulgação. A solicitação tinha como proposta cruzar os dados com o índice de desenvolvimento humano – IDH, por exemplo.

O serviço designado pelo Ministério da Saúde para a porta de entrada da atenção integral ao usuário de drogas e em situação de rua se dá por meio das equipes dos Consultórios na Rua, que fazem parte da Atenção Básica. O Brasil conta com 126 equipes de Consultório na Rua, espalhados em 24 Estados do país e mais o Distrito Federal, não havendo equipe cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES apenas nos Estados de Roraima e Sergipe. Conforme o CNES, o maior número de

equipes está localizado no Estado de São Paulo, com 27 unidades, seguida pelo Rio de Janeiro, com 17 equipes, e por Minas Gerais, com 16.

#### 4.5 ACHADOS DA PESQUISA DA FIOCRUZ: UMA ANÁLISE BIOÉTICA EMERGENTE

A seguir, será realizada uma análise, a partir dos estudos da Bioética de Intervenção (BI), dos artigos da DUBDH, sendo eles: Artigo 3º - Dignidade humana e direitos humanos; Artigo 5º - Autonomia e responsabilidade individual; Artigo 8º - Respeito pela vulnerabilidade humana; Artigo 10º - Igualdade, justiça e equidade; Artigo 11º - Não discriminação e não estigmatização; Artigo 14º - Responsabilidade social e saúde; e de textos de apoio, sobre os resultados apresentados na tabela (que seguirá abaixo), da pesquisa realizada pela Fiocruz quanto aos aspectos de saúde e acesso a serviços de atenção por usuários de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional. A BI, somada aos princípios da DUBDH, bem como se utilizando de outros referenciais epistemológicos latino-americanos, “possibilita servir de instrumento de denúncia e discussão sobre as situações de injustiça, bem como colaborar para a busca de alternativas”<sup>(140)</sup>.

Desse modo, a BI, operando em duas dimensões distintas e complementares (epistemológica e política), permite a discussão dos dados da pesquisa realizada pela Fiocruz, uma vez que incide: em âmbito epistemológico, por meio da crítica, desconstrução e reconstrução de saberes; no âmbito político, pela reflexão crítica da práxis Bioética e pela defesa de práticas que estejam comprometidas com a transformação da injusta realidade social<sup>(140)</sup>.

A tabela 1 apresenta respostas que as pessoas que fazem uso de drogas em cenas de uso deram para: que aspectos um serviço de assistência para pessoas que usam drogas seria mais importante para você decidir se usaria o serviço ou não? A pergunta foi seguida por 12 possibilidades de respostas, as quais estão em uma tabela disponível abaixo e que geraram uma lista com 12 aspectos, que foram disponibilizados no inquérito e serão objeto de análise dessa pesquisa. Vale ressaltar que não houve possibilidade de acesso a base de dados que gerou a tabela abaixo. Do mesmo modo, vale sinalizar que o número da tabela apresentado “Tabela 3: Aspectos importantes em um serviço de assistência para pessoas que usam drogas,

sob o ponto de vista do usuário de drogas e/ou similares, no Brasil 2012” respeita o número da tabela copiado/extraído do inquérito da Fiocruz.

Tabela 1 - Aspectos importantes em um serviço de assistência para pessoas que usam drogas, sob o ponto de vista do usuário de drogas e/ou similares, no Brasil, 2012

Tabela 3: Aspectos importantes em um serviço de assistência para pessoas que usam drogas, sob o ponto de vista dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Alimentação disponível no local	96,92	95,77	97,76
Banho e outros cuidados de higiene disponíveis no local	96,73	95,33	97,72
Encaminhamento/ajuda para conseguir emprego	95,57	93,96	96,77
Encaminhamento/ajuda para escola/curso	94,88	93,29	96,11
Encaminhamento/ajuda/disponibilização de atividades de lazer/esportes	94,81	93,46	95,9
Funcionamento em horário conveniente	87,26	84,59	89,52
Gratuidade do serviço	97	95,69	97,92
Localização próxima ao local onde usam drogas	65,74	62,59	68,75
Manter o anonimato do usuário	69,9	67	72,65
Polícia não tenha acesso ao local	62,67	59,15	66,07
Serviços básico de saúde disponíveis	97,18	96,14	97,94
Serviços sociais básicos disponíveis (encaminhamento para abrigo, retirada de documentos, etc)	90,14	88,61	91,49
Outro aspecto, que não os acima listados	2,25	1,66	3,06

Fonte: Coutinho, Jalil, Bertoni e Bastos<sup>(73)</sup>.

A escolha analítica dos dados apresentados acima se dará, quando possível, por agrupamento da perspectiva Bioética e da DUBDH escolhida pela autora, conforme segue abaixo, por pontos. Vale ressaltar que a escolha se deu pela necessidade de focalizar o debate, uma vez que as questões apresentadas permitem amplas e interligadas reflexões bioéticas.

## 5 REFLEXÃO ANALÍTICA

Importante retomar o perfil de usuários de crack e similares, apresentado pela Fiocruz, que é o mesmo perfil da população carcerária no Brasil, que é o mesmo apresentado pela Secretaria Nacional da Juventude quanto ao perfil das mortes por armas de fogo e ainda o mesmo do perfil selecionado pelas abordagens policiais, quais sejam: não brancos, baixa escolaridade, jovem e morador de locais pouco estruturados em relação à água, luz, esgotamento sanitário e rede de suporte social – saúde, educação, assistência social e segurança. Os impactos para a forma de viver e de morrer que tais marcadores sociais produzem na vida das pessoas já foram abordados em capítulo anterior e serão retomados sumariamente para a discussão de algumas respostas dadas pelos usuários. Oliveira<sup>(129)</sup> chama a atenção para que a pesquisa em Bioética esteja conectada a sujeitos reais, tais como os descritos na pesquisa, afirmando que:

É urgente que a Bioética supere o foco em um ser humano abstrato, porque todas as pessoas estão inseridas em uma classe, são mulheres ou homens, e têm uma cor: preto, amarelo ou branco. Sabemos que a classe social, o ser homem ou mulher e a “cor da pele”, a orientação sexual e o grau de escolaridade fazem uma grande diferença na vida social<sup>(129)</sup>.

Compreende-se que os artigos da DUBDH estão interligados. Ao realizar análises por meio desses artigos, deve-se ter em mente que além de estarem interligados entre si, também trazem elementos complementares à perspectiva analítica que a BI permite. Nesse sentido, apesar de trazer os dados da pesquisa da Fiocruz categorizados a partir de artigos da DUBDH, é importante sinalizar que se compreende que os artigos estão articulados e interligados entre si e com elementos harmonizados com a BI.

Fátima Oliveira<sup>(129)</sup> chama a atenção para a escassez de estudos que demonstram as práticas racistas nos serviços de saúde, ainda que considere que elas são reais e afetam os mais vulneráveis. Tais práticas, se relacionadas aos usuários de drogas em situação de vulnerabilidade por estarem em condição de rua, considerando o perfil apresentado, são mais um dificultador para que o usuário busque assistência às suas necessidades, diminuindo assim as possibilidades de o sistema de saúde promover equidade e justiça social. Por outro lado, quando o usuário rompe com o temor e busca o serviço, esse não tem as suas necessidades atendidas,

revelando uma dificuldade no acesso e na qualidade da assistência. A autora<sup>(129)</sup> pontua ainda que:

a distribuição das pessoas em classes sociais, bem como a categoria sexo /gênero e singularidades do processo saúde /doença nos diferentes grupos populacionais raciais ou étnicos, juntamente com as possíveis repercussões geradas pela opressão de gênero e opressão raça/etnia.

O quesito raça/etnia, apresentado pela pesquisa, aponta para o que a pesquisadora do campo da saúde da população negra, Oliveira<sup>(129)</sup>, afirma que a essa parcela da sociedade é atendida em suas necessidades de saúde, de forma negativamente distinta das pessoas não negras, conforme assinala abaixo:

[...] os negros têm dificuldades especiais no acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Repito que, no Brasil, os negros morrem antes tempo em todas as idades, de causas que poderiam ter sido prevenidas e evitadas; como consequência, a mortalidade precoce dos negros mostra o racismo como motivo para os (des) cuidados de saúde, e aqui é possível fazer a generalização para outros grupos populacionais raciais ou étnicos<sup>(129)</sup>.

Outra perspectiva que não estará ausente dessa análise discursiva é o efeito iatrogênico da atual política de drogas, que completou, em 2016, dez anos de existência. Nesse período, até o momento de elaboração desta pesquisa, houve aumento de pretos, pobres, jovens e com pouca instrução que estão presos, dados que já foram sinalizados em capítulo anterior e que serão explorados adiante, compreendendo a necessidade de iluminar o problema. Para Oliveira, “invisibilizar, é uma estratégia política vitoriosa sexista e racista”<sup>(129)</sup>.

As 12 respostas apresentadas pelo inquérito da Fiocruz foram agrupadas em quatro blocos, a partir de um critério de escolha por aproximação analítica, ainda que o mesmo dado permita a análise por diversas perspectivas Bioéticas e artigos da DUBDH. Os blocos agrupados são: (1) “Alimentação disponível no local” (96,92%), “Banho e outros cuidados de higiene disponíveis no local” (96,73%) e “Serviços sociais básicos disponíveis (encaminhamento para abrigo, retirada de documentos, etc)” (90,14%); (2) “Manter o anonimato do usuário” (69,9%) e “Polícia não tenha acesso ao local” (61,40%); (3) “Gratuidade do serviço” (97%), “Localização próximo ao local onde usam droga” (65,4%), “Serviços básicos de saúde disponíveis” (97,18%), “Funcionamento em horário conveniente” (87,26%); e (4) “Encaminhamento/ajuda para conseguir emprego” (95,93%), “Encaminhamento/ajuda para escola/curso” (94,97%), “Encaminhamento/ajuda/disponibilização de atividades de lazer/esportes” (95,37%)(73).

Quadro 2 - Quadro analítico dos artigos da DUBDH, demanda dos usuários de drogas e princípios norteadores da prática bioética

(continua)

Artigo da DUBDH	Demanda dos usuários	Princípios norteadores da prática
Artigo 3º - Dignidade Humana e os Direitos Humanos	<p>“Alimentação disponível no local” (96,92%),</p> <p>“Banho e outros cuidados de higiene disponíveis no local” (96,73%)</p> <p>“Serviços sociais básicos disponíveis (encaminhamento para abrigo, retirada de documentos, etc)” (90,14%)<sup>(73)</sup>.</p>	<p>“1. A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados. 2. Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade”<sup>(9)</sup>.</p>
Artigo 11º - Não discriminação e não estigmatização	<p>“Manter o anonimato do usuário” (69,9%)</p> <p>“Polícia não tenha acesso ao local” (61,40%)<sup>(73)</sup>.</p>	<p>“Nenhum indivíduo ou grupo deve, em circunstância alguma, ser submetido, em violação da dignidade humana, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, a uma discriminação ou a uma estigmatização”<sup>(9)</sup>.</p>
Artigo 5º - Autonomia e responsabilidade individual	<p>“Gratuidade do serviço” (97%),</p> <p>“Localização próximo ao local onde usam droga” (65,4%),</p> <p>“Serviços básicos de saúde disponíveis” (97,18%),</p> <p>“Funcionamento em horário conveniente” (87,26)<sup>(73)</sup>.</p>	<p>“A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses”<sup>(9)</sup>.</p>

Quadro 2 - Quadro analítico dos artigos da DUBDH, demanda dos usuários de drogas e princípios norteadores da prática bioética

(continuação)

Artigo da DUBDH	Demanda dos usuários	Princípios norteadores da prática
Artigo 8º - Respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal		“Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa” <sup>(9)</sup> .
Artigo 10º - Igualdade, justiça e equidade	<p>“Encaminhamento/ajuda para conseguir emprego” (95,93),</p> <p>“Encaminhamento/ajuda para escola/curso” (94,97%),</p> <p>“Encaminhamento/ajuda/disponibilização de atividades de lazer/esportes” (95,37%)<sup>(73)</sup>.</p>	“A igualdade fundamental de todos os seres humanos em dignidade e em direitos deve ser respeitada para que eles sejam tratados de forma justa e equitativa” <sup>(9)</sup> .

Fonte: Autora

Quadro 2 - Quadro analítico dos artigos da DUBDH, demanda dos usuários de drogas e princípios norteadores da prática bioética

*(conclusão)*

Artigo da DUBDH	Demanda dos usuários	Princípios norteadores da prática
Artigo 14º - Responsabilidade social e saúde		<p>“1. A promoção da saúde e do desenvolvimento social em benefício dos respectivos povos é um objetivo fundamental dos governos que envolve todos os sectores da sociedade.</p> <p>2. Atendendo a que gozar da melhor saúde que se possa alcançar constitui um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, sem distinção de raça, religião, opções políticas e condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve fomentar: (a) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e aos medicamentos essenciais, nomeadamente no interesse da saúde das mulheres e das crianças, porque a saúde é essencial à própria vida e deve ser considerada um bem social e humano; (b) o acesso a alimentação e água adequadas; (c) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente; (d) a eliminação da marginalização e da exclusão, seja qual for o motivo em que se baseiam; (e) a redução da pobreza e do analfabetismo”<sup>(9)</sup>.</p>

Fonte: Autora

Para Feitosa e Flor do Nascimento<sup>(140)</sup>, a Bioética de Intervenção, considerando a reforma sanitária como tema da ética aplicada, no enfrentamento dos dilemas éticos persistentes, a partir de casos concretos, como no exemplo prático tratado nessa pesquisa de doutorado quanto aos dos vulneráveis usuários de drogas e em situação de rua, convoca tanto a Bioética quanto a sociedade e o poder público para uma prática em saúde que considere as reais necessidades desse grupo populacional, inserindo-os no processo de transformação da sua realidade. Por esse motivo, toda

ação interventiva deve ocorrer sempre a partir do diálogo com as pessoas e instituições envolvidas, sejam elas destinatárias ou propositoras da ação. Portanto, intervenção – neste caso – jamais poderá ser confundida com intervencionismo<sup>(140)</sup>.

A seguir, por ordem das respostas apresentadas na tabela 1, será realizada a correlação com os artigos da DUBDH, em que os subtítulos são os dos artigos de referência.

### (1) Dignidade Humana e os Direitos Humanos

Quando os usuários de crack e/ou similares respondem que ter “Alimentação disponível no local” (96,92%) onde o tratamento é disponibilizado, a necessidade de tomar “Banho e outros cuidados de higiene disponíveis no local” (96,73%) e que seja oferecido um pacote de “Serviços sociais básicos disponíveis (encaminhamento para abrigo, retirada de documentos, etc)” (90,14%), esses sujeitos estão demandando que o Estado atue na direção de que a sua dignidade humana e seus direitos humanos básicos sejam respeitados.

O artigo 3º da DUBDH traz o princípio da Dignidade humana e direitos humanos, indicando que “1. A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados. 2. Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade”<sup>(9)</sup>.

As discussões bioéticas relacionadas à dignidade humana ainda estão fortemente centradas no rechaço à objetificação dos seres humanos, no debate sobre o desenvolvimento técnico-científico, a terminalidade da vida de forma digna e a dignidade do embrião. O autor Roberto Andorno questiona: “quais são os limites dos novos poderes dos homens sobre os homens?”<sup>(141)</sup>. Tal pergunta interessa à América Latina e a este trabalho, pois compreendemos que os governantes, ao serem eleitos para a gestão da vida pública, incidem na vida particular, em que, no caso dos vulnerados usuários de drogas, a percepção do problema a partir de um viés higienista impõe limites para a intervenção, amplificando a vulnerabilidade.

A pesquisadora Albuquerque reconhece que a dignidade humana é um valor em si mesmo. Em seu texto, a autora critica a utilização do termo dignidade humana de forma retórica, afirmando que o ser humano tem um valor permanente e inerente à sua própria condição humana<sup>(142)</sup>. Afirmar ainda:

Quanto à relevância para a coletividade, a dignidade humana não tem relevância apenas no plano da ética privada, pois é valor de entrelaçamento do tecido social facilitador da convivência social harmônica e da geração de bem-estar coletivo. Em suma, sustenta-se que a atribuição de valor intrínseco a toda pessoa humana, a despeito de qualquer condição específica, e a assunção de obrigações morais dela decorrentes concorrem para a coesão social<sup>(142)</sup>.

Não se pretende aqui estudar os fundamentos da dignidade humana, mas sim identificar nas respostas dos usuários, elementos da DUBDH e como é possível compreender essa relação para a melhoria da responsividade do sistema de saúde para grupos específicos.

Já os direitos humanos são tomados pela UNESCO e pela BI como um referencial de análise e avaliação em Bioética. Nesse sentido, são direitos que as pessoas têm pelo fato de pertencerem à espécie humana, sendo legalmente assegurados em normativas internacionais, centrados na dignidade humana, que visam à proteção de pessoas ou grupos populacionais, que são interdependentes e universais (não significa ignorar seus limites na sociedade global, respeitando assim o pluralismo). Podemos afirmar que, na atualidade, os direitos humanos consistem em instrumentos reivindicatórios do ativismo social contra a hegemonia das organizações internacionais, corporações transnacionais e instituições do sistema financeiro.

O que esses sujeitos estão chamando a atenção ao dar essas respostas é para a perspectiva da corporeidade presente na Bioética de Intervenção num pedido de reconhecimento do corpo humano enquanto um princípio ético essencial a ser respeitado. Por esse motivo, tais respostas inauguram essa reflexão.

[...] alertando sobre a dor de existir, sobre o desamparo que marca a trajetória dos humanos e a necessidade fundamental de sua analgesia, compreendendo então o uso de drogas como uma necessidade de suportar o insuportável e de viver, pura e simplesmente, a vida<sup>(7)</sup>.

Não é possível separar se primeiro o que se apresenta é a raça/etnia ou se a condição social/de pobreza. Do mesmo modo, não é possível indicar se o que vem primeiro é o uso de drogas ou a condição de vulnerado. Mas certamente é possível afirmar que o que primeiro existe é o ser humano, dotado de toda a complexidade que o existir, socialmente e subjetivamente no mundo, impõe. Complexidade essa que para alguns se torna um fardo em que o uso de drogas aparece como forma de alívio desse existir. Tal uso, no entanto, como já foi indicado em capítulo anterior, não se revela como problema socioeconômico para algumas pessoas, especialmente para aquelas que possuem um status socioeconômico diferenciado, ancorado em uma rede

de suporte social, que lhe permite aliviar a dor de existir. Isso também não significa que pessoas não negras, com algum grau de instrução e de estudo, não sejam tomadas pelas complicações de um uso de drogas prejudicial e, assim, passem a viver em condição de rua. A discussão que se impõe aqui é a manutenção da dignidade humana do ser humano, dotado de todas as fragilidades que o agir no mundo convoca.

No dia 21 de maio de 2017, São Paulo, que é a maior cidade com pessoas usuárias de drogas em situação de rua na América Latina (a segunda é Bogotá, na Colômbia), recebeu uma das mais violentas e devastadoras intervenções. O prefeito da cidade, que foi empossado em janeiro do mesmo ano, deflagrou a intervenção fortemente cunhada na não defesa da dignidade e dos direitos humanos daqueles vulnerados que viviam na região do bairro da Sé, denominada pejorativamente como Cracolândia. Tal ação foi cunhada para supostamente tratar daquelas pessoas que lá viviam.

No mesmo dia, o prefeito anunciou o fim do programa da gestão anterior, com nome “De Braços Abertos”, implementado desde 2014 pela prefeitura de São Paulo, também no bairro da Luz e que estava servindo para o tratamento respeitoso, com a entrega de um pacote de ofertas (moradia, formação profissional, trabalho e tratamento), numa perspectiva de *Housing first*.

Conforme pesquisa externa sobre o programa De Braços Abertos<sup>(143)</sup>, realizada em 2015 e correspondente ao período de 2014 a 2015, houve uma redução no consumo dos assistidos pelo programa das seguintes substâncias: crack (67%), tabaco (54%), cocaína (51%) e álcool (44%). Para além da redução do consumo, a pesquisa mostra ainda que houve benefícios subjetivos e sociais<sup>(143)</sup>.

Cientistas políticos, ao criticarem o modelo da intervenção mencionada, a qual contou com a brutalidade de mais de 500 policiais fortemente armados para a retirada dos usuários do local, defendem que o projeto político da nova gestão do governo municipal de São Paulo é o de transformar o bairro em um grande centro, trabalhando intensivamente na especulação imobiliária. A intervenção referida aconteceu em um dia de baixa temperatura, em que objetos e documentos dos usuários tiveram que ser deixados para trás, para que pudessem fugir do poder do Estado. Uma população que já estava vulnerável passa então a vagar pela cidade, sem rumo e sem saber como reagir. As imagens divulgadas pelos meios de comunicação, ao final da intervenção, mais parecem a de um cenário de um crime humanitário e de guerra. Certamente dentre as centenas de milhares de pessoas que viviam no “fluxo”, muitos não eram

traficantes e outros tantos nem eram usuários de drogas e sim pessoas com questões sociais gravíssimas que as levaram a morar na rua.

Na gestão anterior da cidade de São Paulo, a criação do projeto De Braços Abertos, passou a ser referência no Brasil e no mundo. Estava baseado na perspectiva de housing first e ao analisar é possível identificar que o projeto atendia as 12 necessidades (descritas no questionário em análise neste capítulo) apontadas pelo resultado divulgado pela pesquisa da Fiocruz. O encerramento do programa De Braços Abertos foi anunciado na noite do dia 21 de maio de 2017, o mesmo dia em que houve a ação violenta na região. Com o anúncio do encerramento desse programa, foi indicada a criação do programa da nova gestão, de nome Redenção. No entanto, independente das premissas desse novo programa, como restabelecer a confiança no Estado? Como acreditar que as suas necessidades serão atendidas e não serão mais uma vez rechaçadas?

Um dos elementos mais significativos para o desenvolvimento de atividades com populações vulneráveis é o estabelecimento de vínculo de confiança, para que na relação profissional seja possível intervir, a partir da demanda indicada, construindo assim o que Nery Filho chama de “pontes” entre aqueles que são “socialmente inseridos e os invisíveis socialmente falando”<sup>(144)</sup>.

Ao trazer o “evento” ocorrido no dia 21, na maior cidade do país, pretende-se aqui demarcar como as ações governamentais por vezes trabalham na perspectiva de retirar a dignidade da pessoa, disseminando modelos desumanos e degradantes. A cidade de São Paulo, pela sua dimensão econômica e social para o país, acaba por ser modelo a ser seguido por outras cidades e municípios. O evento mostrou ter tomado caminho distinto do que a BI propõe a partir dos “4Ps”. Foi possível identificar que da prevenção quanto a mais danos e efeitos iatrogênicos para que as pessoas retornassem à condição de rua e de uso prejudicial de drogas, da proteção dos que já estavam em condição de vulneração, da precaução quanto ao modo de operar a intervenção e da prudência diante de evidências que mostram que intervenções dessa natureza não produzem efeito negativo.

Assim como o Consultório de/na Rua, o Programa de Braços Abertos é uma estratégia política, que requer avaliação, mas que por vezes é constituída para ser perecível, volátil e, nesse sentido, segue as diretrizes dos governos, que criam e destroem estratégias e políticas de forma arbitrária e a partir de necessidades distintas dos “desviantes sociais”.

## (2) Não Discriminação, Não Estigmatização

As respostas “Manter o anonimato do usuário” (69,9%) e “Polícia não tenha acesso ao local” (61,40%) serão analisadas tendo como base, além da perspectiva da BI, de forma a compreender que os corpos dos usuários de drogas, vulneráveis e em situação de rua, sofrem e são marcados pela dor, pelo não pertencimento do padrão hegemônico, conforme já foi apresentado no perfil dos usuários no Brasil. Identificamos também que o Artigo 11º da DUBDH, que traz que a não discriminação e não estigmatização, é ideal para a análise das respostas.

A DUBDH traz que “nenhum indivíduo ou grupo deve, em circunstância alguma, ser submetido, em violação da dignidade humana, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, a uma discriminação ou a uma estigmatização”<sup>(9)</sup>.

Godoi e Garrafa<sup>(145)</sup>, ao fazerem estudo sobre a não discriminação e não estigmatização, apontam que “estigma e dignidade humana estão intrinsecamente associados; um só existe na negação do outro”.

Os usuários de drogas e em situação de rua recebem os piores cuidados em saúde, tratamento degradante e humilhante, rebaixando a sua dignidade, sendo considerados inferiores que outras pessoas. Mais uma vez, é importante retomar o perfil desse grupo populacional, sendo o racismo um importante marcador que mantém e/ou reforça as desigualdades e iniquidades em saúde.

No clássico livro *Estigma: notas sobre a manipulação de identidades deterioradas*, Goffman<sup>(146)</sup> traz o termo estigma enquanto “atributo profundamente depreciativo”, sendo “um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo”, indicando e diferenciando três tipos estigma, sendo eles: “abominação do corpo”, “culpas de caráter individual” e “tribais de raça, nação e religião”. Os usuários de drogas e em situação de rua estão incluídos no segundo grupo de “vontade fraca”. Devido ao uso prejudicial de drogas, tais pessoas são identificadas como aquelas que não têm as suas efetivas necessidades atendidas ou “atributos” socialmente percebidos, reduzindo as “suas chances de vida”<sup>(146)</sup>.

O uso de drogas para aqueles que estão em condição de rua é identificado aqui como o não cumprimento de uma norma. Nesse sentido, reforça-se a importância do estudo interseccional em que nesta pesquisa o interesse é de analisar bioeticamente a vulnerabilidade pelo uso de drogas e a vulnerabilidade por estar em situação de rua, associadas entre elas. Tal grupo populacional não atende à expectativa de se encaixar

em um status social (ter residência e trabalho fixo, por exemplo) e traz o elemento da invisibilidade social, sendo menos desejado e por vezes considerado como uma “pessoa estragada e diminuída”<sup>(146)</sup>. A condição de vida do ser estigmatizado pelo uso de drogas e pela condição de rua, podendo ser associado ainda com a questão de raça/cor, dificulta o exercício da sua cidadania, reforçando os preconceitos, as iniquidades e injustiças sociais.

Com o exemplo da mesma intervenção realizada na cidade de São Paulo e já relatada, fica claro o motivo do pedido dos usuários para que no lugar onde eles realizem tratamento não existam policiais. Tais profissionais se posicionam como agentes do Estado que são identificados como aqueles que aniquilam e matam a sua condição de vida quer seja de forma física, quer seja subjetiva. A proibição do uso de drogas e o problema do uso prejudicial se mantem enquanto uma questão a ser tratada pelo sistema de justiça e de segurança pública. Mesmo que nas legislações a indicação seja de cuidado em saúde, é uma grave dicotomia para a segurança do usuário. As intervenções policiais produzem preconceito e violação de direitos para esse grupo populacional que é marcado pelo estigma de “culpas de caráter individual”, em que o agente do Estado é legitimado para fazer o controle dos corpos em nome do bem comum (não de todos os cidadãos).

A intervenção da prefeitura de São Paulo foi ancorada fundamentalmente em ação de policiais civis e militares, em que foi defendido pelo gestor que primeiro era necessário limpar o espaço e, posteriormente, oferecer serviços de saúde e assistência social.

Policiais fortemente armados tomaram os espaços habitados pelos usuários de drogas em situação de rua e, numa postura violenta, “colocaram para correr” todos que lá estavam. Contraditoriamente, no local havia a intervenção do Estado na perspectiva do cuidado, por meio das equipes de saúde, educação e assistência social. “Os desviantes sociais, conforme definidos, ostentam sua recusa em aceitar o seu lugar e são temporariamente tolerados nessa rebeldia, desde que ela se restrinja às fronteiras ecológicas de sua comunidade”<sup>(146)</sup>.

Após essa intervenção, os usuários foram espalhados pela cidade e aqueles que antes utilizavam o espaço público para tratamento e para o consumo de drogas foram espalhados pela cidade, com medo e em busca de proteção contra a ação do Estado. O medo e pânico também tomaram conta da população que, por meio da espetacularização da miséria humana, cobrava do Estado ações ainda mais violentas

em nome da sua proteção individual, não identificando que a violência praticada pelo Estado, nessa intervenção, gerou ainda mais insegurança tanto para os usuários, quanto para os “cidadãos de bem”.

O tratamento para populações vulneráveis é extremamente dificultado pela ação da polícia, que não possui critérios claros para a aplicação da lei de drogas nº 11.343/2006 e encarcera o que é chamado de “pequeno traficante”, ou seja, usuários.

Fazendo um paralelo entre o perfil dos usuários apresentados pela pesquisa e as intervenções higienistas, promotoras de estigmatização, violência e pouco resolutivas, reforçamos que é possível concluir que existe uma guerra destinada a um grupo social específico, qual seja: homens, negros, jovens. Tal discussão já foi apresentada ao tratar do biopoder, biopolítica e necropolítica.

O efeito deletério e colateral da lei de drogas nº 11.343(21), que à época representou um suposto avanço da legislação de drogas, não fez mudar a política de guerra às drogas, ou melhor, aos jovens, negros, pobres. Se a atual lei de drogas encarcera e mata um grupo populacional específico, seria correto afirmar que ela cumpre uma função de dizimar esse mesmo grupo populacional? “Defender e difundir a ideia de que a ética é apolítica é de extrema má-fé, na medida em que, literalmente, a ética é possível consenso, temporal e mutável entre diferentes moralidades”(129).

(3) Autonomia e responsabilidade individual; Respeito pela Vulnerabilidade Humana e integridade pessoal

O Artigo 5º Autonomia e responsabilidade individual e o Artigo 8º Respeito pela vulnerabilidade humana da DUBDH serão a base para a análise quanto às respostas: “Gratuidade do serviço” (97%), “Localização próximo ao local onde usam droga” (65,4%), “Serviços básicos de saúde disponíveis” (97,18%), “Funcionamento em horário conveniente” (87,26%). A análise desse grupo de respostas a partir dos artigos 5 e 8 da DUBDH se dá pela compreensão de que se trata de manifestação de vontade de obter tratamento psicossocial, derrubando argumentos de que o usuário de droga, vulnerável e em situação de rua não tem capacidade de escolha e, por esse motivo, a internação compulsória e em comunidades terapêuticas seria justificável.

Trata-se de um tema delicado. A autonomia em países com abissal desigualdade social e frágil garantia dos direitos humanos como os da América Latina não pode se dar numa perspectiva igual à cunhada em países com forte democracia

e garantias sociais. Sobre essa reflexão, Kottow(147) chama a atenção quanto aos limites do pensamento anglo-saxônico ser incorporado a países como o Brasil.

A ênfase na autonomia individual não podia ser incorporada a realidades nas quais predominam a marginalização pela pobreza, o desamparo social histórico agravado pela redução das obrigações do Estado, os problemas crônicos da escassez de recursos, as distorções sanitárias mantidas pela disparidade socioeconômica, fatores estes que uma visão ética das práticas biomédicas não pode ignorar(147).

Autonomia é um tema bastante discutido na Bioética e complexo, pois o exercício da autonomia pressupõe apreensão da vulnerabilidade, disponibilização de informação e oportunidade de escolha. Para Felicio & Pessini(148):

o pêndulo entre o paternalismo do profissional e o respeito à autonomia do paciente privilegia a consideração pela liberdade, responsabilidade e capacidade do paciente em julgar e escolher ativamente junto aos clínicos quais são as práticas terapêuticas mais coerentes com suas prioridades.

Tratar de autonomia no campo da saúde requer compreender as vulnerações que a favorece ou limita. A temática do exercício da autonomia por meio do consentimento livre e informado é amplamente discutido no campo da Bioética, indicando pressupostos éticos para a garantia da autonomia dos pacientes e participantes de pesquisas. Já no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, a autonomia ainda apresenta necessidade de discussões bioéticas mais profundas, especialmente considerando a distinção de patologias como na situação de uma pessoa que apresenta quadro neurológico avançado de demência e outra que faz uso de maconha ou crack, por exemplo.

Os impactos das biotecnologias e dos procedimentos para a aplicação de pesquisas com seres humanos na vida das pessoas ainda ocupam uma centralidade nas discussões bioéticas relacionadas à autonomia e proteção de vulnerados. No entanto, em consonância com a Bioética de proteção, cunhada por Schramm, a política sobre drogas traz um forte direcionamento para a estratégia da redução de danos, a qual só é possível considerando o posicionamento do sujeito a partir do exercício da sua autonomia, respeito a sua liberdade e cidadania.

A vulneração, no âmbito da DUBDH, tem como princípio a garantia da dignidade humana e a proteção destas a situações desumanas e degradantes. Vulnerabilidade pode ser compreendida como condição humana, como característica particular de grupo de pessoas ou como princípio ético internacional(148). Desse

modo, faz-se mister distinguir vulnerável do vulnerado, conforme já foi tratado em capítulo anterior, em que foi identificado que o usuário de drogas e em situação de rua é um vulnerado, por se tratar de “preocupação específica”, de “um dano instalado em grupos sociais e indivíduos”(148), “requerendo ações de proteção terapêutica”(147).

No campo da saúde mental, incluindo as questões relacionadas à drogadição, a “maior vulnerabilidade dos pacientes implica em uma atitude terapêutica de mais autoridade na relação com o paciente, o paternalismo, que restringe sua liberdade e responsabilidade para decidir sobre a própria vida”(148).

Estudos da Bioética de Proteção tratam a proteção do Estado como meio para que o vulnerado possa exercer a sua autonomia e potencialidades. As ações em saúde para pessoas em sofrimento em decorrência do uso prejudicial de drogas devem estar ancoradas no que foi galgado por profissionais que atuaram ativamente desde a reforma sanitária, passando pela reforma psiquiátrica, até entrar em vigor a Lei 10.216(149), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, que I redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Nesse sentido, tal legislação é um marco na proteção dos direitos humanos daqueles que portam algum tipo de sofrimento psíquico. “Tem-se, então, o cuidar como prática de comprometimento ético com a cidadania e os direitos humanos, de reflexão sobre o sofrimento inerente às normas e valores sociais excludentes”(148).

A United Nation e World Health Organization(150) disponibilizaram um documento que indica 10 princípios a serem seguidos nas ações para com os usuários de drogas, sendo um deles que os direitos humanos e a dignidade humana sejam considerados na oferta de tratamento, e que ele seja realizado numa perspectiva comunitária. Está posta a necessidade de trabalhar na perspectiva da política interventiva da redução de danos em contraposição à política higienista, pautada na internação compulsória e abstinência, que segue mais a um modelo asilar que de cuidado em saúde. Na redução de danos, a intervenção se dá a partir do pedido e possibilidade do usuário diante das suas condições, em que se inclui, se for da vontade dele/dela, a abstinência. Na redução de danos, se reconhece os limites e possibilidades do usuário na relação com a droga, consistindo em ofertar insumos de proteção a sua saúde e principalmente em tratar o usuário a partir do princípio basilar da liberdade, respeito a sua autonomia e a sua cidadania.

Trata-se, portanto, de um abandono da lógica manicomial, em que a internação compulsória ou involuntária do usuário de drogas é justificável na retirada da sua autonomia e do seu direito individual e direito ao uso de substâncias psicoativas, fortemente ancoradas no reconhecimento da estratégia da redução de danos. A Lei 10.216(149) aponta para um caminho distinto de uma política higienista, de “guerra às drogas” que criminaliza o usuário, gerando encarceramentos e tornando esse sujeito ainda mais estigmatizado e, portanto, mais vulnerável. Está fundamentada na dignidade humana, na clínica ampliada e, como nos apresentou Lancetti(151), na Clínica peripatética.

No entanto, a cultura manicomial persiste e a internação compulsória permanece sendo defendida por governantes e, nesse sentido, é possível retomar o exemplo da intervenção realizada no mês de maio, na cidade de São Paulo(152), em que o prefeito fez a intervenção por meio de liminar judicial, sem diálogo com os profissionais que atuavam na área e com os supostos beneficiados.

Quando o usuário indica a necessidade de que o serviço de saúde esteja em local próximo ao que faz o consumo de drogas, traz a perspectiva da abstinência e do deslocamento. Para muitos, a busca por um serviço de saúde não deve ser ter como pré-requisito que se esteja em abstinência. Desse modo, estar no local em que possa fazer o consumo da droga e poder buscar o serviço de saúde favorece a busca pelo cuidado em saúde com promissora possibilidade de mudança de padrão de consumo. Do mesmo modo, acessar o serviço de saúde próximo ao local em que faz o consumo de drogas remete à minimização dos efeitos estigmatizantes e preconceituosos vivenciados por muitos quando no trajeto para os serviços, assim como a eliminação da necessidade de obtenção de recursos para o deslocamento ao serviço.

Sabe-se que os usuários de drogas vulnerados recorrem a atividades informais para adquirir recursos para a aquisição da droga e manutenção da sua própria vida. Para tal, por vezes, recorrem, por exemplo, à guarda e lavagem de veículos que estacionam em via pública, o que tem o maior fluxo em horário comercial, mesmo em que os serviços de saúde e assistência social geralmente funcionam. Aqui retomamos ao que já foi trabalhado no capítulo que tratou sobre os entraves para que a política de atenção integral a saúde do homem se efetive: o horário de funcionamento.

Assim, a ausência de respeito à autonomia do usuário de drogas em situação de rua configura-se como uma vulneração que está para além da susceptibilidade da vulnerabilidade a que todos os humanos vivem de serem lesionados e feridos e

constitui-se em um problema de saúde pública, imbricado com os determinantes sociais da saúde, o qual deve ser objeto de atenção do Estado no sentido de propiciar tratamento terapêutico e de proteção a esse grupo populacional e a indivíduos.

#### 4 - Igualdade, Justiça e Equidade; Responsabilidade social e saúde

O artigo 10º - Igualdade, justiça e equidade e o artigo 14 - Responsabilidade social e saúde da DUBDH são trazidos agrupados nesse quadro, considerando a complementaridade dos dois. A ética da responsabilidade pública que perpassam os dois artigos será utilizada para a análise das respostas relacionadas a parcerias e encaminhamentos institucionais, apontando para a necessidade de articulação e co-responsabilização de rede de suporte social. Fazem parte das respostas dadas pelos usuários o “Encaminhamento/ajuda para conseguir emprego” (95,93%), “Encaminhamento/ajuda para escola/curso” (94,97%), “Encaminhamento/ajuda/disponibilização de atividades de lazer/esportes” (95,37%).

É fundamental reconhecer a singularidade das pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, reconhecendo os determinantes sociais em saúde, sendo necessário instrumentalizar e formar profissionais e gestores para atuar de forma responsiva às demandas desse grupo populacional. O tratamento desumano, degradante e cruel, manifestado por meio de ações truculentas e da coerção, não favorece a dignidade dos usuários, o respeito aos direitos humanos, reforçando estigmas e preconceitos.

A maioria dos usuários de drogas ilícitas não são dependentes (aqueles que se tornam dependentes demandam do Estado intervenção interdisciplinar, comunitária e de saúde) e, para muitos, o uso de drogas se dá para o alívio do sofrimento do existir no mundo. Nesse sentido, o conhecimento dos profissionais e gestores quanto às possibilidades para lidar com o uso de drogas é fundamental, bem como o conhecimento dos sujeitos, contextos de uso, determinantes sociais da doença, políticas, etc. Intervenções higienistas, em que se retira os usuários de drogas das ruas por meio das forças de segurança e por meio da truculência certamente dificultam o desenvolvimento de ações que gerem efeitos nas pessoas.

Dessa forma, o Estado deve atuar em oposição a toda e qualquer forma de ação que viole os direitos humanos, como a que ocorreu pela prefeitura de São Paulo, no dia 21 de maio de 2017, como já foi citado anteriormente.

O neurologista Carl Hart(153) se manifestou quanto a essa intervenção do governo de São Paulo afirmando que “é fácil para um político dizer 'vamos livrar a comunidade dessa droga' e não lidar com os problemas dessas pessoas”. O neurocientista, em seu livro, *Um preço muito alto*, traz a reflexão de que o problema não é a droga, mas sim as condições em que a pessoa que faz uso de encontra.

Há “desconhecimento” ou desinteresse de gestores e profissionais que atuam nas diversas áreas do campo da saúde, educação e da assistência social (não apenas) quanto à importância de trabalhar de forma integrada, interdisciplinar e complementar para favorecer a inserção dos usuários nos diversos espaços de sociabilidade e inserção no mercado formal de trabalho.

A rede de suporte social é fundamental para que os usuários que fazem uso prejudicial de drogas percebam outras possibilidades para estar no mundo, para além do consumo da substância. No entanto, por vezes, os serviços identificam a atuação em rede e os encaminhamentos das demandas dos usuários, como procedimento burocrático e não como uma forma de romper com o estigma e preconceito que perpassa a existência do usuário de drogas vulnerado. Educação, trabalho, esporte e lazer são componentes fundamentais para a vida humana, sendo reconhecidos como espaços de proteção e pulsão de vida.

Por fim, a análise dos achados da Fiocruz, a partir dos artigos da DUBDH, nos permite compreender que os artigos estão interconectados e interagem com as necessidades relacionadas a populações vulneradas por questões sanitárias, de iniquidade e desigualdade social.

As demandas apontadas pelos usuários para que esses frequentem os serviços de saúde são de fácil resolução e poderiam ser apreciadas pelos gestores e profissionais por meio da lente da BI.

No caso dos usuários de drogas vulnerados, houve a aplicação de recursos do governo federal para a realização da pesquisa, numa perspectiva de que subsidiasse a aplicação do recurso público mediante diagnóstico. Dessa forma, o diagnóstico apontou claramente quem são os usuários, suas vulnerabilidades e demandas. No entanto, até o momento, as intervenções frente a esse grupo populacional não encontram consonância com os princípios disponíveis na DUBDH, com a Bioética de Proteção e nem com a Bioética de Intervenção, permanecendo um problema persistente em saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões Bioéticas empreendidas neste trabalho se propuseram a analisar, a partir do diagnóstico realizado pela Fiocruz, os obstáculos para a não responsividade do sistema de saúde para usuários de drogas e em situação de rua, numa perspectiva bioética, tomando como importante também pautar a temática de drogas no campo da Bioética e vice-versa. O campo da atenção integral à saúde dos usuários de drogas – e em especial os que estão em situação de vulneração pela condição de/na rua – e a Bioética necessitam de uma aproximação emergente, conforme foi examinado, enfatizado e justificado nessa pesquisa.

A perspectiva da Bioética no campo das drogas é bastante incipiente nos discursos, nas ações do sistema de saúde e de segurança pública e nas reflexões acadêmicas. Profissionais do sistema de saúde e de áreas que atuam frente ao público-alvo, apresentado nessa pesquisa, necessitam se apropriar do conhecimento da Bioética, para que os usuários efetivamente acessem os serviços de saúde no Brasil. Desse modo, existe a possibilidade de diminuir o abismo entre o que os usuários necessitam e o que é ofertado pelo Estado. Identifica-se que esse é um dos caminhos possíveis para diminuir as iniquidades e buscar a justiça social para um grupo social marginalizado e marcado por diversas vulnerabilidades como foi apresentado.

Estudos sobre as questões relacionadas ao uso e abuso de drogas com base em diversos autores, que se pautam nos direitos humanos, no direito à vida, na redução de danos e na masculinidade, foram importantes norteadores das reflexões desenvolvidas nesta pesquisa: Valeska Zanella e a relação entre saúde mental e gênero; Grosfoguel e a colonialidade; Giorgio Agamben e a biopolítica; Foucault e o biopoder; Achille Mbembe e a necropolítica; Kimberlé Crenshaw e Patricia Hill Collins e o estudo interseccional; pesquisadores sanitários e o conceito de saúde, Achille Mbembe e Silvio Almeida e o racismo e a questão racial; e Volnei Garrafa e a Bioética de Intervenção.

Conforme os elementos que foram utilizados para analisar a não responsividade do sistema de saúde para os usuários de drogas e em situação de rua, identificou-se a necessidade de realizar uma síntese que favoreça a compreensão das considerações finais. Para tal fim, a metodologia escolhida para a apresentação

das considerações finais desta tese se dá na fusão de duas metodologias: o Arco de Charles Maguerez e o storytelling.

As duas metodologias possibilitam a apresentação do problema e o percurso durante o processo da pesquisa. Esse modo mais dinâmico de mostrar como se deu o processo de construção da narrativa e como foi possível chegar nessas considerações finais favorece ainda que futuramente e, quando desejado, seja possível a apresentação da temática. Facilita ainda a discussão dos temas a ela atrelados por meio de vídeos curtos e animação. Tal ferramenta pode ser utilizada na sensibilização e formação de profissionais, especialmente no campo da saúde.

A livre fusão do Arco de Maguerez com o storytelling foi utilizada, de forma experimental, pela primeira vez, no âmbito do projeto de extensão da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB (Projeto Interprofissional para promoção da saúde e prevenção das violências em escolas e comunidades - Centro de Ensino Fundamental Darcy Ribeiro), pela estagiária de museologia do Gradusus, Joquebede Oliveira. Reconhecendo o quanto as metodologias são complementares, a autora desta tese (que a época também atuou no projeto de extensão, na qualidade de pesquisadora), de forma inovadora, trouxe essa forma de apresentar a narrativa de conclusão da tese, através do arco.

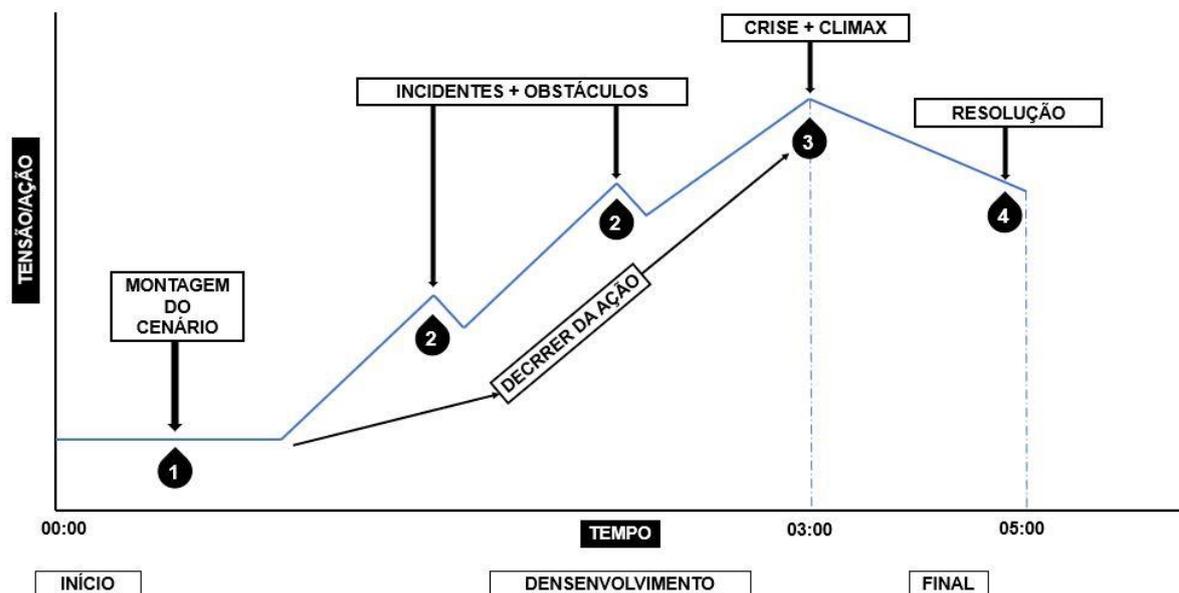
Na atualidade, o Arco de Maguerez é um método utilizado para a problematização de questões sociais, em que elementos relacionados à não responsividade do sistema de saúde para usuários de drogas e em situação de rua está contemplada, favorecendo a apresentação de forma ampliada dos elementos que compõem o problema(154-157).

Tal metodologia foi criada por Charles Maguerez como ferramenta pedagógica composta por cinco passos, sendo eles: observação da realidade (problema), post-chave, teorização, hipóteses de solução, aplicação à realidade (prática), conforme apresentado na Figura 2. A utilização do Arco neste trabalho, que na sua genealogia, foi apoiado nos ensinamentos de Paulo Freire, leva em consideração que a Bioética de Intervenção está estreitamente comprometida com as questões sociais e com a aplicabilidade na realidade. Do mesmo modo, o estímulo para o uso da metodologia problematizadora do Arco e a Bioética de Intervenção se dá pela necessidade de mudar a realidade relacionada à responsividade do sistema de saúde para os homens, jovens e negros, usuários de drogas e em situação de extrema vulneração.

Quanto ao *storytelling*, narrar histórias sempre fez parte da humanidade e o *Storytelling* é uma atualização, com base em diferentes ferramentas, para apresentar uma ideia ou transmissão de conhecimento a partir de uma história contada(158). Nessa pesquisa, o método é utilizado para contar o processo de construção da tese utilizando o arco tradicional das narrativas.

Diferente do Arco de Maguerez, o *storytelling* é mais livre e permite utilizar outros elementos que podem ser replicados para vídeo, por exemplo. Nesse sentido, apresenta-se aqui o formato, com indicativo de tempo a ser utilizado para a elaboração dele, se necessário em atividades futuras relacionadas ao tema desta pesquisa. (Figura 6). Acredita-se que tanto a possibilidade de narrativa por meio desta tese, de vídeo ou de fotos também pode auxiliar pesquisadores e estudantes na apresentação de questões que sejam correlatas, conforme sugestão ancorada no Arco de Maguerez (abaixo).

Figura 6 - Livre adaptação da estrutura para a criação de *storytelling*, com o Arco de Maguerez



Fonte: Autora com colaboração de Oliveira.

Nesse sentido, foram usados os elementos obrigatórios e necessários que formam o arco. Ele está descrito na cor preta e os elementos constitutivos do *storytelling*, em itálico e sublinhado. Ressalta-se que este último é mais livre e pode ser utilizado com elementos que o pesquisador entender necessários. Os números e

tempo para gravação que estão inseridos na Figura 1 auxiliam na criação de vídeo futuro referente ao tema aqui apresentado.

Por fim, foi utilizado ainda um diagrama na Figura 3, para sumarizar a tese, com gráficos que contêm elementos centrais nesta pesquisa e para a compreensão dos entraves para a não responsividade dos serviços que compõem o sistema de saúde para os usuários de drogas e em situação de rua, conforme o perfil apresentado pela Fiocruz.

Seguem os elementos categorizados, conforme metodologia problematizadora do Arco de Maguerez, e elementos utilizados para a elaboração do *storytelling*, com número correspondente a cada ação:

**1** **Observação da realidade** – montagem de cenário: A não responsividade do sistema de saúde para usuários de drogas e em situação de rua e a ausência de reflexões bioéticas acerca do tema.

**2** **Pontos-chave** – incidentes e obstáculos: Pouco conhecimento sobre Bioética pelos profissionais do campo das questões relacionadas aos vulnerados usuários de drogas e vice-versa; não reconhecimento da sociedade e dos profissionais da saúde sobre racismos, especialmente o racismo institucional.

**3** **Teorização/literatura** – clímax: Os humanos usam drogas desde sempre e sempre usaram de formas diversas. Conhecer os efeitos da relação com a droga só será possível a partir da triangulação sujeito, substância e contexto sociocultural. A capacidade do governo e a governabilidade para atender à demanda relacionada à saúde para usuários de drogas e em situação de rua é apresentada a partir do triângulo de Matus, que faz sentido de acordo com o que chamamos aqui de triangulação interseccional que se dá por raça, classe e gênero. A não responsividade do sistema de saúde está fortemente ancorada nesses três triângulos.

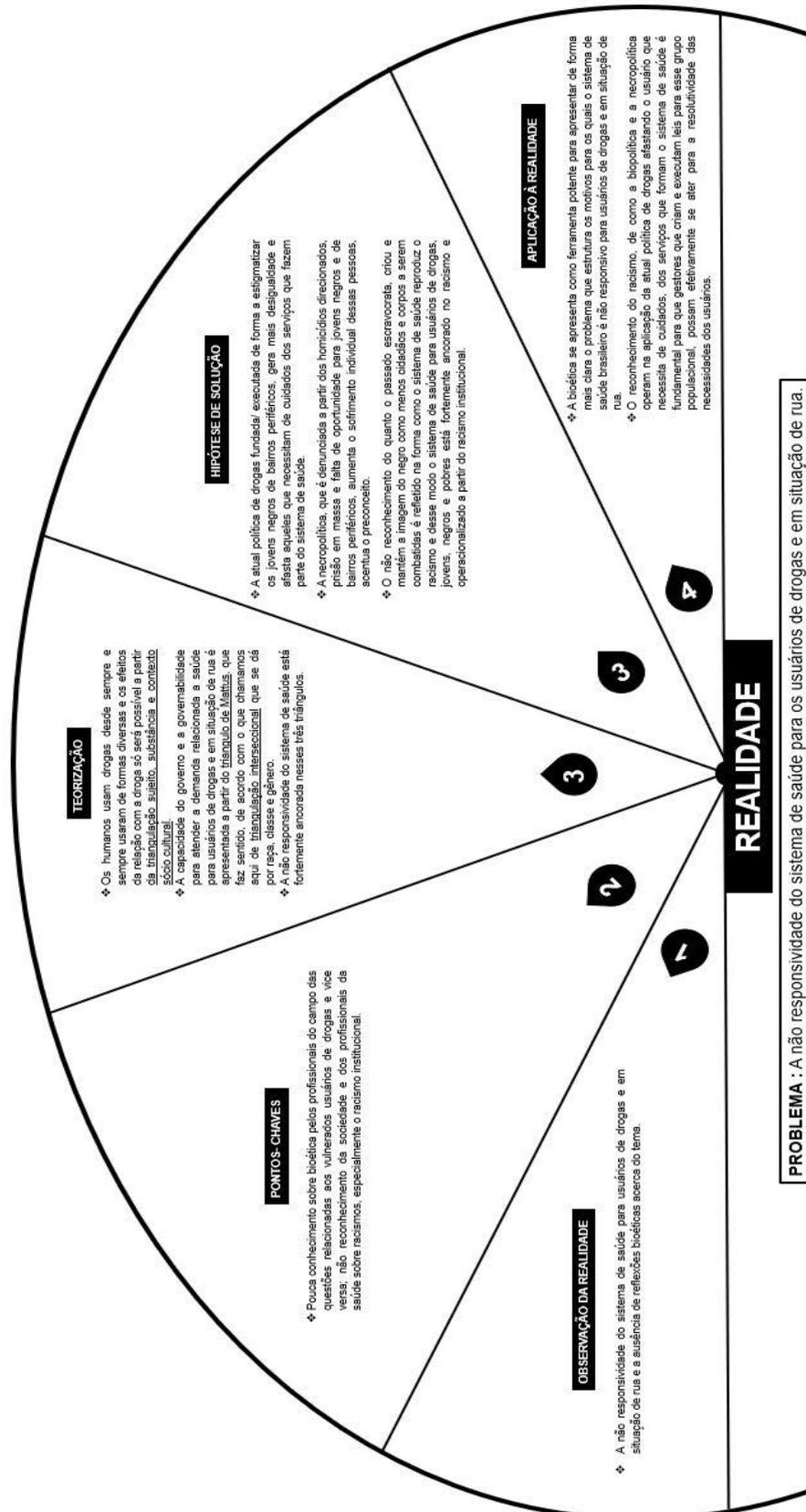
**3** **Hipótese de solução** – clímax: A atual política de drogas, fundada/executada de forma a estigmatizar os jovens negros de bairros periféricos, gera mais desigualdade e afasta aqueles que necessitam de cuidados dos serviços que fazem parte do sistema de saúde. A necropolítica, que é denunciada a partir dos homicídios direcionados, prisão em massa e falta de oportunidade para jovens negros e de bairros periféricos, aumenta o sofrimento individual dessas pessoas e acentua o preconceito. O não reconhecimento do quanto o passado escravocrata criou e mantém a imagem

do negro como menos cidadãos e corpos a serem combatidas é refletido na forma como o sistema de saúde reproduz o racismo e, desse modo, o sistema de saúde para usuários de drogas, jovens, negros e pobres está fortemente ancorado no racismo e operacionalizado a partir do racismo institucional.

**4** **Aplicação à realidade – resolução:** A Bioética se apresenta como ferramenta potente para apresentar de forma mais clara o problema que estrutura os motivos para os quais o sistema de saúde brasileiro é não responsivo para usuários de drogas e em situação de rua. O reconhecimento do racismo e de como a biopolítica e a necropolítica operam na aplicação da atual política de drogas afastando o usuário que necessita de cuidados, dos serviços que formam o sistema de saúde é fundamental para que gestores que criam e executam leis para esse grupo populacional, possam efetivamente se ater para a resolutividade das necessidades dos usuários.

**Problema montagem de cenário:** A não responsividade do sistema de saúde para os usuários de drogas e em situação de rua.

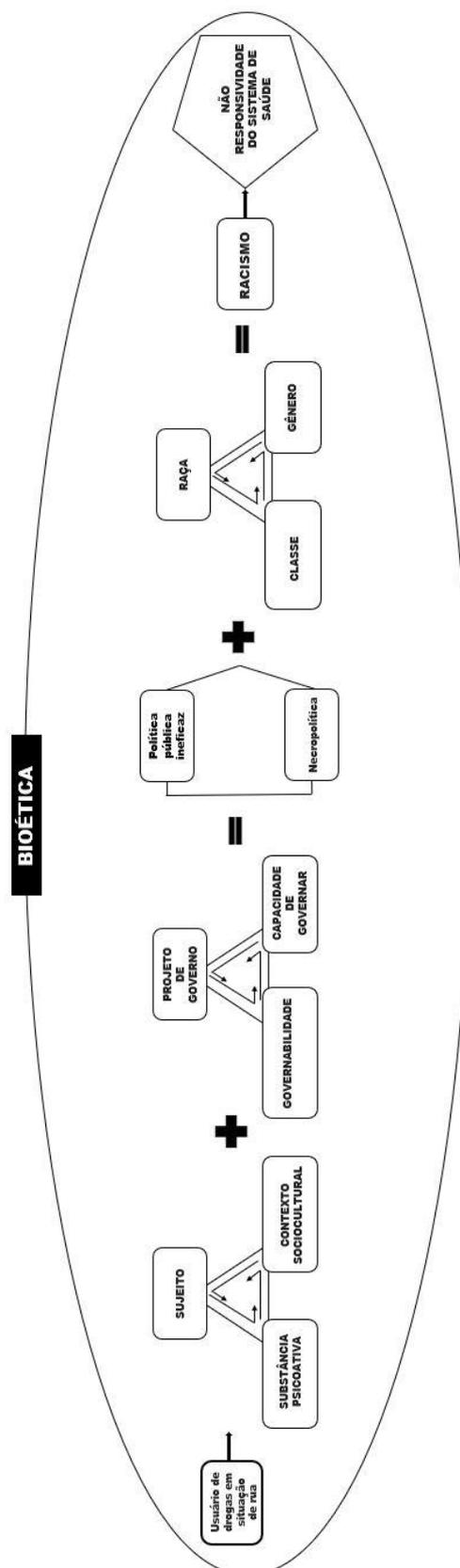
Figura 7 - Livre adaptação do Arco de Marguerite, com o indicativo numérico para a elaboração do *storytelling*



Fonte: Autora com colaboração de Oliveira.

A BI, neste trabalho, permitiu a realização uma análise crítica do diagnóstico apresentado pela Fiocruz, favorecendo a indicação das motivações para o rompimento ou falha na ponte entre o que é ofertado pelo Estado e as necessidades em saúde dos usuários numa perspectiva mais ampla do que a oferta de serviços, com possibilidades para a criação de meios para que o sistema de saúde seja responsivo para esse grupo populacional.

Figura 8 - Diagrama - Usuários de drogas e em situação de rua, raça, classe e gênero: análise bioética da (não) responsividade do sistema de saúde



Fonte: Autora com colaboração de Oliveira.

Fomentar estudos e pesquisas que promovam melhorias na coleta de dados, contando com estratégias de desagregação de dados a partir do quesito raça/cor, classe e gênero, é fundamental para que órgãos intersetoriais revisem as suas políticas, considerando a perspectiva interseccional. Tais estudos estimularão que profissionais de diversas áreas que atuam no sistema de serviços de saúde sejam formados desde a graduação para atentar para esses elementos. A ausência de pesquisas e/ou censo sobre população em situação de rua também é identificado como um problema, uma vez que dificulta pautar as políticas públicas e a elaboração de programas e ações que efetivamente deem conta de tratar desse grupo populacional.

Indica-se ser fundamental pensar políticas públicas pela perspectiva Bioética latino-americana, que tragam a questão das desigualdades de raça e gênero, tema pouco explorado tanto pela via da Bioética quanto pela via das questões relacionadas a álcool e outras drogas, considerando assim os “grupos sobrepostos”<sup>(68)</sup>.

A dimensão da discriminação interseccional deve estar presente não apenas para discutir as especificidades relacionadas à raça e gênero, numa perspectiva dos estudos feministas ou das mulheres usuárias de drogas, mas sim de todo o sistema relacionado às políticas voltadas para os usuários de drogas. Aqui, ao final da investigação, fica claro que o conjunto das políticas precisam ser revistas intersetorialmente, notadamente a política de drogas, saúde e segurança pública, considerando que existe um “eixo de discriminações” fortemente presente na execução destas.

Do exposto, é possível indicar que um dos principais motivos para o sistema de saúde não ser responsivo guarda relação com barreiras raciais, neoliberais e coloniais fincadas pelo racismo estrutural e institucional. Parte-se da consideração de que o racismo e o sexismo são estruturantes das desigualdades, especialmente em países periféricos como o Brasil. A possibilidade de nascer, ter saúde física e psíquica, ter autocuidado, de adoecer, de se tratar, dentre outros elementos, perpassa o eixo estruturante do racismo interpessoal, estrutural e institucional. Constata-se também que a equidade em saúde não foi, até o momento, efetivada no âmbito do SUS, ainda que já existam legislações contra as diversas discriminações, em que se indica estimular que órgãos intersetoriais revisem as suas políticas considerando a perspectiva interseccional.

Sugere-se ainda a realização de pesquisas futuras específicas para compreender como a formação dos profissionais no campo da saúde e a invisibilidade do racismo institucional incidem nos determinantes sociais.

O uso prejudicial de drogas envolve sofrimento, estigma e preconceito. Estar em situação de rua configura, para a grande maioria dos que estão nessa condição, mais um aporte para gerar estigma e preconceito, também resultando em sofrimento. Desse modo, torna-se relevante compreender como essas duas vulnerações operam no sistema de saúde brasileiro, para assim buscar alternativas para a equidade e responsividade do SUS. Compreender o fenômeno é fundamental para o bom uso do recurso público escasso e efetivação de políticas que operem numa perspectiva da Bioética para romper com a manutenção de problemas persistentes em países com alta desigualdade e iniquidade em saúde como o Brasil.

O aporte de recursos financeiros e humanos atrelados à qualificação dos profissionais é fundamental para a melhoria da responsividade do sistema de saúde para os usuários de drogas e em situação de rua. Nesse sentido, vale trazer aqui a necessidade de estimular a qualificação dos assistentes sociais (não apenas estes) no Brasil, devido à expertise da profissão nas questões sociais.

No ano de 2005, o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS divulgou a pesquisa intitulada “Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional”. Essa pesquisa, ainda que pouco atual, mostrava que apenas 6,49% de mestres e 1,24% de doutores pertenciam à categoria. Isso aponta para a necessidade de favorecer que seja possível a entrada e a permanência dessa categoria no espaço acadêmico e de pesquisa. O estudo ainda apontava que 72,14% das/os assistentes sociais eram brancas/os, seguido de 20,32% de pretas(os)/negras(os)(159).

Aqui foram apresentados caminhos pelos quais BI pode contribuir para transformar a prática dos profissionais que atuam nas diversas estratégias do sistema de saúde, especialmente nos consultórios de/na rua que pretendam fornecer atenção à saúde para esse grupo populacional. Ainda que se tenha a compreensão de que a Bioética não se vale prioritariamente de dados quantitativos, consideramos que os números apresentados pela pesquisa da Fiocruz são de extrema relevância devido a sua magnitude e amplitude territorial, auxiliando nas reflexões teóricas realizadas. Reconhecemos que a BI não será capaz de resolver o impasse entre responsividade do sistema de saúde e a demanda que a rua faz de abrigo, alimentação, banho, sigilo,

etc. Porém, a BI permite não apenas iluminar o problema, mas fornecer elementos que favoreçam a passagem pela ponte – entre o que se oferta e o que se necessita.

Desse modo, conclui-se que o sistema de saúde não é responsivo para o usuário de drogas e em situação de rua devido, fundamentalmente, às marcas da escravidão que permanecem até hoje nas manifestações do racismo institucional, no campo da saúde.

Ressalta-se que, ao não abordar de forma centralizada a questão da mulher usuária de drogas, não se busca negligenciar a categoria de raça e gênero, em que as mulheres usuárias de drogas também estão subordinadas, demandando do Estado a percepção e indução de políticas interseccionais que sejam efetivas e não se restrinjam à burocracia escrita nas legislações. A consideração de raça, classe e gênero para políticas específicas para as mulheres usuárias de drogas, que têm, em muitas cidades do país, seus filhos retirados do seu cuidado de forma compulsória pela sua condição de vivência na rua e uso de drogas requer ampla e imersa análise que proporcione mudanças reais. Por outro lado, os homens, que fecundaram essas mulheres, não recebem nenhum tipo de atenção para a modificação de padrões que agridem, abandonam e subalternizam essas mulheres e crianças geradas e/ou abortadas.

Não seria ético se não fosse sinalizada a importância da realização de pesquisas futuras abarcando a complexidade que envolve o universo das mulheres usuárias de drogas e em situação de rua. Faz-se mister, nesse sentido, mencionar o crescimento exponencial das mulheres em privação de liberdade, quer seja por terem ocupado postos de lideranças no comércio de drogas dos seus companheiros presos ou mortos, quer seja por levarem pequenas quantidades de drogas para seus parceiros e filhos, o que perfaz a motivação para a maioria destas perder a sua liberdade de ir e vir. Não obstante, a exposição à saúde reprodutiva e sexual também deve ser considerada como um importante opressor interseccional, ao qual as mulheres negras, maioria das que estão em condição de rua (conforme diagnóstico da Fiocruz), estão submetidas. Ainda trazendo a perspectiva da subordinação interseccional, muitas mulheres que estão em condição de rua, além de terem seus filhos retirados dos seus cuidados por estarem em uso de drogas e em situação de rua, também são enlutadas pela política de guerra às drogas que mata os seus filhos jovens e pretos.

Tais dimensões precisam ser consideradas pelo Estado, ainda que isso mostre mais uma vez a contradição entre o Estado que (mal) trata, pune e mata seus pares e familiares, e o Estado que requeremos aqui, que promova o cuidado interseccional às suas necessidades no campo da saúde. Nesse sentido, considerando a complexidade que envolve a responsividade do sistema de saúde para as mulheres usuárias de drogas, o perfil dos usuários, apontado pela Fiocruz foi eleito para o exame realizado neste trabalho

Ao final da pesquisa, sugere-se que a Bioética seja um referencial para as práticas em saúde para grupos vulnerados como os usuários de drogas e em situação de rua, uma vez que a ela contribui para que a sociedade e gestores possam não apenas compreender o fenômeno, mas intervir bioeticamente.

Trata-se de incorporar a perspectiva racial, as ideias de autonomia, vulnerabilidade e corporeidade (não descolada da perspectiva Bioética) para indagar: será que o corpo daqueles que estão expostos na rua, estigmatizados, alijados de direitos, sofrendo repressão do Estado e da sociedade é considerado quando o Ministério da Saúde, por exemplo, elabora as suas estratégias interventivas? Quanto a autonomia desses sujeitos é considerada ou a internação compulsória é eticamente defensável em favor da vida desses sujeitos?

Os achados dessa pesquisa de doutorado permitirão ainda que, em consonância com Neves<sup>(28)</sup> e Oliveira<sup>(129)</sup>, sejam indicadas três perspectivas para que os gestores sejam capazes de tomar decisões políticas e interventivas em favor dos mais vulneráveis, as quais são: (1) Que se considere de forma inegável a autonomia e a responsabilidade individual sobre o uso de drogas, a partir da compreensão dos marcadores sociais dos grupos específicos; (2) que a garantia de direitos para o grupo populacional estudado nessa pesquisa se dê numa perspectiva intersetorial; (3) que as discussões, debate, intervenções e políticas sobre drogas precisam priorizar as discriminações de raça/etnia e gênero.

A perspectiva que assola não apenas o Brasil, como também a diversos países europeus e das Américas, de arrocho fiscal com limitação de recursos para a área social, vai demandar que os profissionais estejam ainda mais qualificados para o bom uso dos recursos públicos escassos. Nesse sentido, os ensinamentos bioéticos são fundamentais para uma prática na perspectiva efetiva da ética da vida e proteção aos vulnerados. Os gestores e tomadores de decisão quanto à aplicação de políticas de saúde, educação, assistência social e segurança pública (prioritariamente, não

apenas) necessitarão estar ainda mais qualificados e atentos às múltiplas vulnerações e as interseccionalidade para a adoção e efetivação de políticas públicas de equidade.

Exploraram-se elementos estruturais que permitem a compreensão do porque a Bioética até o momento não se debruçou em discutir a questão dos vulneráveis usuários de drogas e, do mesmo modo, porque os profissionais do campo de álcool e outras drogas não reconhecem os aportes bioéticos para a sua prática no campo da saúde, identificando como emergente e necessário para modificar o cenário que permite que o racismo estrutural siga legitimando as mortes dos jovens negros e a não responsividade do Estado nas questões de saúde, segurança pública e educação para os usuários de drogas em situação de vulnerabilidade, conforme perfil já apresentado.

A análise realizada nessa pesquisa nos permite compreender algumas motivações para que esse grupo populacional seja o mais vulnerável. Por vezes, a droga é colocada em evidência e não a atenção fragilizante e estigmatizante que é dispensada a esses usuários. A complexidade do mosaico para pensar a responsividade do sistema de saúde para os usuários de drogas e em situação de rua se dá pela ambiguidade na priorização. Os não brancos são o alvo preferencial do Estado para a omissão quando se necessita de proteção. A presença do Estado também é mais significativa para vulnerabilizá-los. “As pessoas não são discriminadas apenas pela sua descendência, mas pelo fenótipo — cor da pele, traços faciais, tipo de cabelo —, pelo externo, no momento em que acessam o mercado de trabalho, os serviços públicos, os espaços coletivos etc”(2).

Curioso é perceber que nas políticas aqui descritas, existe um alinhamento bioético com citação de princípios importantes como a consideração da autonomia, da dignidade, das vulnerabilidades para romper com a pobreza, desigualdades e iniquidades no campo da saúde. Desse modo, o SUS e as políticas nacionais para usuários de drogas, para população em situação de rua, para população negra e para os homens estão alinhadas com a Bioética de Intervenção. Nesse sentido, a Bioética auxilia a lançar luz sobre a não efetividade da aplicação do que está na lei, no cotidiano e no campo das questões relacionadas ao cuidado das pessoas que fazem uso prejudicial de drogas.

## REFERÊNCIAS

1. Gleiser M. A dança do universo: dos mitos de criação ao Big Bang. São Paulo: Companhia das Letras; 1997.
2. Eurico MC. A percepção do assistente social acerca do racismo institucional. *Serv. Soc. Soc.* [Internet] 2013 jun;(114):290-310. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282013000200005>.
3. Feitosa SF. O processo de territorialização epistemológica da Bioética de Intervenção: por uma prática Bioética libertadora [Tese]. [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2015. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/18950>.
4. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética* [Internet]. 2005 [citado em 2017 jun 14];13(1):111-23. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/download/96/91](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/download/96/91)
5. Flor do Nascimento W. Por uma vida descolonizada: diálogos entre a Bioética de Intervenção e os estudos sobre a colonialidade [Tese]. [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Bioética; 2010. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/7898>
6. Cruz MR, Trindade ES. Bioética de intervenção: uma proposta epistemológica e uma necessidade para sociedades com grupos sociais vulneráveis [Internet]. *Revista Brasileira de Bioética*. 2006 [citado em 2017 jun 14];2(4):483-99. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/ojs311/index.php/rbb/article/view/8175>
7. Nery Filho A, Lorenzo C, Diz F. Usos e usuários de substâncias psicoativas: considerações Bioéticas. In: Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias [Internet]. 6. ed. Brasília, DF: SENADMJ/NUTE-UFSC; 2014. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: <http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/2014/10/livro-texto.pdf>
8. Tealdi JC, director. Diccionario latinoamericano de Bioética [Internet]. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia; 2008. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161848s.pdf>
9. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [Internet]. Brasília: Cátedra Unesco de Bioética de Brasília/Sociedade Brasileira de Bioética; 2005. [citado em 2017 set 25]. Disponível em: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por)
10. Schramm FR. A bioética da proteção é pertinente e legítima? *Rev. Bioética* [Internet]. 2011 [citado em 2017 set 25];19(3):713-24. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/673](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/673)

11. Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. Saude soc. [Internet]. 2004 abr [citado em 2019 jan 23];13(1):56-69. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100007>.
12. Garrafa V. Da Bioética de princípios a uma Bioética interventiva. Revista Bioética [Internet]. 2005 [citado em 2017 set 25];13(1):125-34. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/97](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/97)
13. MacRae E, organizador. Crack: contextos, padrões e propósitos de uso [Internet]. Salvador: EDUFBA, CETAD; 2013. [citado em 2017 set 25]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16089/3/Crack-contextos%2C%20padroes%20e%20propositos%20de%20uso-RI.pdf>
14. Souza J, organizador. Crack e exclusão social [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas; 2016. [citado em 2017 set 25]. Disponível em: [https://obid.senad.gov.br/livro-crack-e-exclusao-social\\_digital\\_web.pdf](https://obid.senad.gov.br/livro-crack-e-exclusao-social_digital_web.pdf)
15. Nery Filho A, Valério, ALR, organizadores. Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua [Internet]. Brasília/Salvador: SENAD/CETAD, 2010. [citado em 2017 set 25]. Disponível em: [http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/modulo\\_profissionais.pdf](http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/modulo_profissionais.pdf)
16. Garrafa V, Córdón J. Determinantes sociais da doença. Saúde em Debate [Internet]. 2009 dez [citado em 2017 set 25];33(83):388-96. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14121/1/ARTIGO\\_DeterminantesSociaisDoenca.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14121/1/ARTIGO_DeterminantesSociaisDoenca.pdf)
17. Pereira LC, Jesus IS, Barbuda AS, Sena ELS, Yarid SD. Legalização de drogas sob a ótica da Bioética da Proteção [Internet]. Revista Bioética. 2013 ago [citado em 2017 jun 14];21(2):365-74. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/828](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/828)
18. Schramm FR. Bioética de Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização [Internet]. Revista Bioética. 2008 [citado em 2017 jun 14];16(1):11-23. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/52](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52)
19. Hart C. Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia a nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahir; 2014.
20. Brasil. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1976. Revogada [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm)

- 21.** Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. [Internet]. Brasília; 2006. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm)
- 22.** Brasil. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2009. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm)
- 23.** Brasil. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua [Internet]. Brasília; 2008. [citado em 2017 jun 15]. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/acoes\\_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf)
- 24.** Bastos F, Bertoni N, organizadores. Pesquisa nacional sobre o uso de crack. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? [Internet]. Rio de Janeiro: Editora ICICT/Fiocruz; 2014. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>
- 25.** Sotero M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. Revista Bioética [Internet]. 2011 [citado em 2017 jun 15];19(3):799-817. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/677](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/677)
- 26.** Nery Filho A. Por que os humanos usam drogas? In: Nery Filho A, Valério, ALR, organizadores. Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua [Internet]. Brasília/Salvador: SENAD/CETAD, 2010. p. 11-6. [citado em 2017 jun 15]. Disponível em: [http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/modulo\\_profissionais.pdf](http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/modulo_profissionais.pdf)
- 27.** Olievenstein C. A droga. São Paulo: Brasiliense; 1988.
- 28.** Neves G. O conflito ético entre proibicionismo e redução de danos: análise e contribuições Bioéticas. [Dissertação]. [Internet]. Brasília: Universidade Federal de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Bioética, 2017. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/24667>
- 29.** Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. In: Tealdi JC, director. Diccionario latinoamericano de Bioética. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 161-4.
- 30.** Matus C. Política, planejamento e governo. 2. ed. Brasília: IPEA, 1996.
- 31.** World Health Organization. The World Health Report 2000, Press release, 21 June 2000 [Internet]. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: [www.who.int/whr/2000/en/press\\_release.htm](http://www.who.int/whr/2000/en/press_release.htm)

- 32.** Silva A. A framework for measuring responsiveness. GPE discussion paper series: no. 32 [Internet]. Geneva: WHO document EIP/GPE/EBD; 1999. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: <http://www.portal.pmnch.org/responsiveness/papers/paper32.pdf>
- 33.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)
- 34.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/A-Pol-tica-do-Minist-rio-da-Sa--de-para-Aten----o-Integral-ao-Usu--rio-de---lcool-e-Outras-Drogas--2003-.pdf>
- 35.** Gaudenzi P, Schramm FR. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. Interface (Botucatu) [Internet]. 2010 jun [citado em 2017 jun 14];14(33):243-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200002>.
- 36.** Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
- 37.** Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2004 set;9(3):711-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300021>.
- 38.** Robone S, Rice N, Smith PC. Health Systems' responsiveness and its characteristics: a cross-country comparative analysis. Health Serv Res. 2011 Dec; 46(6 Pt 2): 2079–100. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01291.x
- 39.** Mirzoev T, Kane S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. BMJ Glob Health. 2017 Oct 31;2(4):e000486. doi: 10.1136/bmjgh-2017-000486.
- 40.** Malta DC, Felisbino-Mendes MS, Machado ÍE, Passos VMA, Abreu DMX, Ishitani LH et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2017 maio;20(Suppl 1):217-32. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050018>.
- 41.** Murray C, Evans D, Valentine N, Silva A, Kawabata K et al. Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization. In: Murray C, Evans D, organizadores. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization, 2003. p.573–96.

- 42.** Separavich MA, Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. Saude soc. [Internet]. 2013 jun [citado em 2019 jan 23];22(2):415-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200013>.
- 43.** Batista LE. Masculinidade, raça / cor e saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2005 mar [citado em 2019 janeiro 24];10(1):71-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100013>.
- 44.** Santos PHB. Saúde do Homem: invisibilidade e desafios na atenção primária [Internet]. Anais do Seminário Nacional de Serviço social, trabalho e política social; 2015. Florianópolis: UFSC; 2015. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180737/Eixo\\_3\\_084-2.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180737/Eixo_3_084-2.pdf?sequence=1)
- 45.** Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2007 mar [citado em 2018 jul 16];23(3):565-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>.
- 46.** Alves FP. Saúde do homem: ações integradas na atenção básica [Internet]. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2016. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9259>
- 47.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_homem.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf)
- 48.** Januário SB. Masculinidades em (re)construção: gênero, corpo e publicidade [Internet]. Covilhã: LabCom.IFP; 2016. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [http://www.labcom-ifp.ubi.pt/ficheiros/201605201149-201601\\_masculinidade\\_reconstrucao\\_sorayabarreto.pdf](http://www.labcom-ifp.ubi.pt/ficheiros/201605201149-201601_masculinidade_reconstrucao_sorayabarreto.pdf)
- 49.** Zanello V. Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris; 2018.
- 50.** Welzer-Lang D. A construção do homem: dominação das mulheres e homofobia. Rev. Estud. Fem. [Internet] 2001 [citado em 2019 jan 23];9(2):460-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2001000200008>.
- 51.** American Psychiatric Association. History of the DSM [Internet]. [citado em 2018 set 25]. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>

- 52.** American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- 53.** ICD-10 (International Classification of Diseases, Tenth Revision) [Internet]. [citado em 2018 set 25]. Disponível em: <https://searchhealthit.techtarget.com/definition/ICD-10>
- 54.** Zanello V, Costa e Silva RM. Saúde mental, gênero e violência estrutural. Revista Bioética [Internet]. 2012 [citado em 2019 jan 23];20(2):267-79. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/745](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745)
- 55.** Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2002 [citado em 2019 jan 23];7(4):687-707. doi: 10.1590/S1413-81232002000400007.
- 56.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série I. História da saúde). [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70\\_anos\\_historia\\_saude\\_crianca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf)
- 57.** Osis MJMD. Pasm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1998 [citado em 2019 jan 23];14(Suppl 1):S25-S32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>.
- 58.** Macêdo, VC. Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde [Internet]. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2016. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9258>
- 59.** Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Tos BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2014 dez [citado em 2019 jan 23];67(6):1000-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.
- 60.** Vieira RS, Vieira RS. Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica à saúde. Rev. direito sanit. [Internet]. 2016 [citado em 2019 jan 23];17(1):14-37. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/117042>.
- 61.** Chaimowicz F, Barcelos EM, Madureira MD, Ribeiro MTF. Saúde do idoso. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
- 62.** Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. Physis [Internet]. 2009 [citado por 2019 jan 23];19(3):659-78. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>
- 63.** Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 fev [citado em 2019 jan 23];19(2):429-38. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>.

- 64.** Bard ND, Antunes B, Roos CM, Olschowsky A, Pinho LB. Estigma e preconceito: a experiência dos usuários de crack. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [citado em 2019 23 jan]; 24: e2680. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0852.2680>.
- 65.** Cerqueira D, coordenador. Atlas da Violência 2018 [Internet]. Rio de Janeiro: Ipea, FBSP, 2018. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/180604\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2018.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf)
- 66.** Fulgêncio CA, Flor do Nascimento W. Bioética de Intervenção e justiça: olhares desde o sul. Revista Brasileira de Bioética [Internet]. 2012 [citado em 2019 jan 23];8(1-4):47-56. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/ojs311/index.php/rbb/article/view/7776>
- 67.** Garrafa V, Porto D. Bioética poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: Garrafa V, Pessini L, organizador. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Edições Loyola, Centro Universitário São Camilo, Sociedade Brasileira de Bioética; 2003. p. 35-44.
- 68.** Crenshaw K. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. Cruzamento: raça e gênero [Internet]. Brasília: Unifem; 2004. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf>
- 69.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS [Internet]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf)
- 70.** Souza J. A elite do atraso: da escravidão à lava jato. Rio de Janeiro: Leya; 2017.
- 71.** Collins, PH. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. Parágrafo [Internet]. 2017 jun [citado em 2019 jan 23];5(1):6-17. Disponível em: <http://revistaseletronicas.fiamfaam.br/index.php/recicofi/article/view/559/506>
- 72.** Crenshaw K. Documento para encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Revista estudos feministas [Internet]. 2002 jan;10(1):171-88. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>.
- 73.** Coutinho C, Jalil E, Bertoni N, Bastos, FI. Aspectos de saúde e acesso a serviços de atenção por usuários de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional. In: Bastos F, Bertoni N., organizadores. Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?. Rio de Janeiro: Editora ICICT/Fiocruz; 2014. p. 101-116.

- 74.** Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social Relatório do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua [Internet]. Brasília; 2006. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/017-1.pdf>
- 75.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Retrato das desigualdades de gênero e raça. Brasília; 2015. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/retrato/apresentacao.html>
- 76.** Câmara dos Deputados. Re: [Atendimento-CD] Deputados negros [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por aleitevalerio@gmail.com em 16 jul 2018.
- 77.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
- 78.** Benedito D. Do ferro ao aço: racismo, maus tratos, tortura, descaso! Ofícios da dignidade! [Internet]. In: Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, organizador. Relatório Anual 2016-2017. Brasília; 2017. p.103-19. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <http://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/mecanismo-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura-mnpct/relatorios-1/Relmnpct201617.pdf>
- 79.** Munanga, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia [Palestra no 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação-PENESB-RJ; 2003 nov 5]. [Internet]. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-noco-es-de-raca-racismo-identidade-e-etnia.pdf>
- 80.** Santos D. Ogó: encruzilhadas de uma história das masculinidades e sexualidades negras na diáspora atlântica. Universitas humanas [Internet]. 2014 jun;11(1):7-20. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/universitashumanas/article/view/2923>
- 81.** Santos T, organizador. Levantamento Nacional de informações penitenciárias INFOPEN Mulheres [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional; 2017. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres\\_arte\\_07-03-18.pdf](http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf)
- 82.** Oliveira AAS, Pagani LPF. Dignidade humana e direitos humanos. Texto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Texto de apoio para o programa de bioética. Brasília; 2003.

- 83.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Política Nacional de Promoção da saúde: PNPS: revisão da portaria MS/GM n 687, de 30 de março de 2006 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps\\_revisao\\_portaria\\_687.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf)
- 84.** Souza AS. Racismo institucional: para compreender o conceito. Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN) [Internet] 2011 fev [citado em 2019 jan 23];1(3):77-88. Disponível em: <http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/275>
- 85.** Carmichael S, Hamilton C. Black Power: the politics of liberation in America. New York: Vintage; 1967.
- 86.** CRI. Articulação para o combate ao racismo institucional: identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI; 2006.
- 87.** Werneck J. Racismo Institucional: uma abordagem conceitual [Internet]. São Paulo: Geledés - Instituto da Mulher Negra; 2013. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/FINAL-WEB-Racismo-Institucional-uma-abordagem-conceitual.pdf>
- 88.** López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2012 mar [citado em 2019 23 jan];16(40):121-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000004>.
- 89.** Almeida S. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte: Editora Letramento; 2018.
- 90.** Akotirene C. O que é interseccionalidade? Belo Horizonte: Editora Letramento; 2018.
- 91.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_integral\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_integral_populacao_negra.pdf)
- 92.** Schucman LV. Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana [Tese]. [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Psicologia; 2012. [citado em 2019 23 jan]. Disponível em: <http://www.ammapsique.org.br/baixar/encardido-branco-branquissimo.pdf>
- 93.** Carneiro AS. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser [Tese]. [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação; 2005. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/a-construc3a7c3a3o-do-outro-como-nc3a3o-ser-como-fundamento-do-ser-sueli-carneiro-tese1.pdf>
- 94.** Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 [Internet]. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília; 2009.

[citado em 2019 jan 24]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html)

**95.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2016: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2017. [citado em 2019 jan 24]. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas Completas de Mortalidade/Tabuas Completas de Mortalidade 2016/tabua de mortalidade 2016 analise.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2016/tabua_de_mortalidade_2016_analise.pdf)

**96.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf)

**97.** Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília; 1988. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)

**98.** Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

**99.** Campello T, Mello J. O processo de formulação e os desafios do Plano Brasil sem miséria: por um país rico e com oportunidades para todos. In: Campello T, Falcão T, Costa PV, organizadores. O Brasil sem miséria [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2014. p. 33-65. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil\\_sem\\_miseria/livro\\_o\\_brasil\\_s em\\_miseria/livro\\_obrasilsemmiseria.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/livro_o_brasil_sem_miseria/livro_obrasilsemmiseria.pdf)

**100.** Campello T, Falcão T, Costa PV, organizadores. O Brasil sem miséria [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2014. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil\\_sem\\_miseria/livro\\_o\\_brasil\\_s em\\_miseria/livro\\_obrasilsemmiseria.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/livro_o_brasil_s em_miseria/livro_obrasilsemmiseria.pdf)

**101.** Fiorio NM, Flor LS, Padilha M, Castro DS, Molina MCB. Mortalidade por raça/cor: evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES), Brasil. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2011 set;14(3):522-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000300016>.

**102.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil [Internet]. Brasília; 2005. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2005.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2005.pdf)

**103.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade

por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 [Internet]. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_reducao\\_morbimortalidade\\_acidentes\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf)

**104.** Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Sumário Executivo: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua [Internet]. Brasília; 2008. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [http://www.espiritualidades.com.br/NOT/Img\\_Nots/img\\_2008\\_2sem/pesquisa\\_nacional\\_sobre\\_a\\_populacao\\_ rua2008.pdf](http://www.espiritualidades.com.br/NOT/Img_Nots/img_2008_2sem/pesquisa_nacional_sobre_a_populacao_ rua2008.pdf)

**105.** Carvalho IS, Pellegrino AP, coordenadores. Política de Drogas no Brasil: a mudança já começou [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé; 2015. (Artigo Estratégico, 16). [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-16\\_CADERNO-DE-EXPERI%C3%84NCIAS\\_24-03w.pdf](https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-16_CADERNO-DE-EXPERI%C3%84NCIAS_24-03w.pdf)

**106.** Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis. *Am J Public Health*. 2004 April;94(4):651-6.

**107.** Valério ALR, Flor do Nascimento W. Os desafios do setor de Assistência Social para a formação em álcool e outras drogas baseada nos direitos humanos. In: Vechia MD, Ronzani T, Paiva FS, Costa PHA, organizadores. *Drogas e Direitos Humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas* [Internet]. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 167-86. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/drogas-e-direitos-humanos-reflexoes-em-tempos-de-guerra-as-drogas-pdf>

**108.** Valério ALR, Flor do Nascimento W. *Racismo e tortura* [no prelo]. 2019.

**109.** Bernardino-Costa J, Grosfoguel R. Decolonialidade e perspectiva negra. *Soc. Estado* [Internet]. 2016 abr [citado em 2019 jan 23];31(1):15-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922016000100002>.

**110.** Quijano A. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: Lander E, organizador. *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas* [Internet]. Buenos Aires: CLACSO; 2005. p. 107-30. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod\\_resource/content/1/colonialidade\\_do\\_saber\\_eurocentrismo\\_ciencias\\_sociais.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod_resource/content/1/colonialidade_do_saber_eurocentrismo_ciencias_sociais.pdf)

**111.** Foucault M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.

**112.** Mbembe A. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. 2. ed. São Paulo: n-1 Edições; 2018.

- 113.** Neves ACM, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras - 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2013 dez;22(4):587-96. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000400005>.
- 114.** Braz M. Bioética, proteção e diversidade moral: quem protege quem e contra o quê na ausência de um referencial moral comum? In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M, organizadores. *Bioética, riscos e proteção*. Rio de Janeiro: UFRJ; Editora Fiocruz, 2005. p. 45-61.
- 115.** Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para Agenda 20130. Relatório Luz da Agenda 2030 de desenvolvimento sustentável: síntese II [Internet]. 2018. [citado em 2019 jan 24]. Disponível em: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/14577.pdf>
- 116.** *Auto da Resistência* [filme]. Direção: Natasha Neri e Lula Carvalho. Rio de Janeiro: Kino Filme; 2018.
- 117.** Campello T, Falcão T. O fim da miséria é só um começo. In: Campello T, Falcão T, Costa PV, organizadores. *O Brasil sem miséria* [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2014. p. 793-822. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil sem miseria/livro o brasil s em miseria/livro obrasilsemmiseria.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil%20sem%20miseria/livro%20o%20brasil%20sem%20miseria/livro%20obrasilsemmiseria.pdf)
- 118.** Singer P, Silva RMA, Schiochet V. Economia solidária e os desafios da superação da pobreza extrema no Plano Brasil sem miséria. In: Campello T, Falcão T, Costa PV, organizadores. *O Brasil sem miséria* [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2014. p. 425-45. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil sem miseria/livro o brasil s em miseria/livro obrasilsemmiseria.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil%20sem%20miseria/livro%20o%20brasil%20sem%20miseria/livro%20obrasilsemmiseria.pdf)
- 119.** Berlinguer, G. *Bioética cotidiana*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2015.
- 120.** Durand G. *A Bioética: natureza, princípios, objetivos*. São Paulo: Paulus; 1995.
- 121.** Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 mar [citado em 2017 jun 14];24(3):696-701. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300024>.
- 122.** Martins AA. *Bioética, saúde e vulnerabilidade: em defesa da dignidade dos vulneráveis*. São Paulo: Paulus; 2012.
- 123.** Schramm FR. Bioética sem universalidade?: justificação de uma ação bioética latino-americana e caribenha de proteção. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. *Bases conceituais da Bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia; 2006. p. 143-157.

- 124.** Vasconcelos EM, organizador. Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas [Internet]. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde; 2014. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B0O0KmlfoMGzQW5VM1J6ZmNvUnc/view>
- 125.** Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizador. Bases conceituais da Bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2006.
- 126.** Garrafa V. O novo conceito de Bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizador. Bases conceituais da Bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2006. p. 9-16.
- 127.** Duran G. Introdução geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos. 5. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola; 2014.
- 128.** Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*. 2003 Oct;17(5-6):399-416. doi:10.1111/1467-8519.00356
- 129.** Oliveira F. Condición socioeconómica, de género y raza/etnia en las investigaciones biomédicas. In: Keyeux G, Penchaszadeh V, Saada A, coordenadores. Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública. Bogotá: UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe, Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Genética; 2006. p. 63-86.
- 130.** Brasil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. [Internet]. Brasília; 2010. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm)
- 131.** Brasil. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. [Internet]. Brasília; 2011. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm)
- 132.** Brasil. Observatório Crack é possível vencer: balanço do programa. [Internet]. Brasília; 2013. [citado em 2017 mar 06]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/balanco-programa.html>
- 133.** Sassine, V. Governo federal investe em arsenal contra consumo de crack [Internet]. O Globo, 10 nov 2013. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/brasil/governo-federal-investe-em-arsenal-contra-consumo-do-crack-10741276>
- 134.** Flach PMV, Nery Filho A, Pamponet G. Do ponto de encontro aos pontos de cidadania: práticas de cuidado com usuários de substâncias psicoativas em situação de rua. In: Jorge MSB, Trad LAB, Quinderé, PHD, Lima LL, organizadores. Olhares plurais sobre o fenômeno do crack. Fortaleza: Ed. UECE; 2013. p.178-217.
- 135.** Rocha S. Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata? Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006.

**136.** Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saude soc. [Internet]. 2009 jun [citado em 2019 jan 23];18(Suppl 2):11-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>.

**137.** Cunha JVQ, Rodrigues M, organizadores. Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre e população em situação de rua [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome; 2009. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em:

[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Livros/Rua\\_aprendendo\\_a\\_contar.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf)

**138.** Costa PV, Oliveira LA, Sousa MF, Nakashima C. A articulação federativa no plano brasil sem miséria. In: Campello T, Falcão T, Costa PV, organizadores. O Brasil sem miséria [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2014. p. 173-205. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil\\_sem\\_miseria/livro\\_o\\_brasil\\_s\\_em\\_miseria/livro\\_obrasilsemmiseria.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/livro_o_brasil_s_em_miseria/livro_obrasilsemmiseria.pdf)

**139.** Araújo-Jorge T, Matraca M, Moraes Neto A, Trajano V, d'Andrea P, Fonseca A. Doenças negligenciadas, erradicação da pobreza e o Plano Brasil sem miséria. In: Campello T, Falcão T, Costa PV, organizadores. O Brasil sem miséria [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2014. p. 703-25. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil\\_sem\\_miseria/livro\\_o\\_brasil\\_s\\_em\\_miseria/livro\\_obrasilsemmiseria.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/livro_o_brasil_s_em_miseria/livro_obrasilsemmiseria.pdf)

**140.** Feitosa SF, Flor do Nascimento W. A Bioética de Intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo [Internet]. Revista Bioética. 2015 [citado em 2017 jun 14];23(2):277-84. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/1037](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1037)

**141.** Andorno R. Bioética y dignidade de la persona. 2. ed. Madrid, Editorial Tecnos; 2012.

**142.** Albuquerque A. Dignidade humana: proposta de uma abordagem bioética baseada em princípios. R. Dir. Gar. Fund. [Internet] 2017 dez [citado em 2019 jan 23];18(3):111-38. Disponível em: <http://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1140>

**143** Rui T, Fiore, M, Tófoli LF. Relatório da Pesquisa de Avaliação Preliminar do Programa de Braços Abertos. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (OBPD)/Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM) [Internet]. São Paulo; 2016. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Pesquisa-De-Bra%C3%A7os-Abertos-1-2.pdf>

**144.** Matéria Consultório de rua [filme] [internet]. Produção: SEaD/UFSC. Salvador; 2011. [citado em 2019 jan 12]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=aq6jxDDRUvUmb>

- 145.** Godoi AMM, Garrafa V. Bioethics reading of the principle of non-discrimination and non-stigmatization. Saude soc. [Internet]. 2014 mar [citado em 2019 jan 23];23(1):157-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100012>.
- 146.** Goffman, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC; 2017.
- 147.** Kottow M. Bioética de Proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M, organizadores. Bioética: riscos e proteção. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, Editora Fiocruz; 2009. p. 29-44.
- 148.** Felício JL, Pessini L. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. Revista Bioética [Internet] 2009 [citado em 2019 jan 23];17(2):203-20. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/162/167](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/162/167)
- 149.** Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Brasília; 2001. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)
- 150.** United Nations; World Health Organization. Principles of Drug Dependence Treatment. [Internet]. 2008. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/principles\\_drug\\_dependence\\_treatment.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf?ua=1)
- 151.** Lancetti, A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 152.** Santiago T, Machado L, Araújo G. Justiça autoriza Prefeitura a apreender usuário de droga da Cracolândia para avaliação médica [Internet]. G1 São Paulo, 2017 maio 27. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/justica-aceita-pedido-de-internacao-compulsoria-para-dependentes-quimicos-da-cracolandia.ghtml>
- 153.** Tratamento obrigatório para viciados em crack é ação 'ridícula', diz neurocientista americano [Internet]. BBC Brasil, 2017 maio 25. [citado em 2017 jun 14]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/bbc/2017/05/25/tratamento-obrigatorio-para-viciados-em-crack-e-acao-ridicula-diz-neurocientista-americano.htm?cmpid=copiaecola>
- 154.** Rocha R. O método da problematização: prevenção às drogas na escola e o combate a violência [Internet]. Artigo [Programa de Desenvolvimento Educacional da Secretaria Estadual de Educação] – Universidade Estadual de Londrina; 2008. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/552-4.pdf>
- 155.** Berbel NAN. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: Eduel; 2012.

- 156.** Berbel NAN. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. Semina: Ci. Soc./Hum. [Internet] 1995 out [citado em: 2019 jan 23];16(2 nesp.);9-19. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/9458/0>
- 157.** Berbel NAN. Metodologia da problematização no Ensino Superior e sua contribuição para o plano da praxis. Semina: Ci. Soc./Hum. 1996 nov;17(nesp.):7-17.
- 158.** Figueiredo JCT. Digital storytelling no eLearning: estudo de caso da sua aplicação a um módulo no ensino superior [Dissertação]. [Internet]. Lisboa: Universidade Aberta, Pedagogia do eLearning; 2014. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3472/1/TMPEL\\_Jos%C3%A9CarlosFigueiredo.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3472/1/TMPEL_Jos%C3%A9CarlosFigueiredo.pdf)
- 159.** Conselho Federal de Serviço Social, organizador. Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional [Internet]. Brasília: CFESS; 2005. [citado em 2019 jan 23]. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/pdf/perfilas\\_edicaovirtual2006.pdf](http://www.cfess.org.br/pdf/perfilas_edicaovirtual2006.pdf)

## ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DO INQUÉRITO DA FIOCRUZ “QG2 (B). QUE ASPECTOS UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA PARA PESSOAS QUE USAM DROGAS SERIAM MAIS IMPORTANTES PARA VOCÊ DECIDIR SE USARIA UM SERVIÇO OU NÃO?”

Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil?

ID Questionário:

.   :

QG2(b). Que aspectos um serviço de assistência para pessoas que usam drogas seriam mais importantes para você decidir se usaria o serviço ou não?

Entrevistador: Reforce as opções de resposta ("Não importante" e "importante") entre os aspectos questionados

Aspecto	Não importante	Importante	Não sabe	Recusou
1) Que o serviço seja localizado próximo de onde você costuma usar drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Que o serviço esteja aberto em horário conveniente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Que você mantenha o seu anonimato (ou seja, que você não tenha que dar informações pessoais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Que os serviços sociais básicos (como encaminhamento para abrigo) sejam disponíveis no local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Que o serviço ofereça ajuda para conseguir emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Que o serviço ofereça ajuda para escola/curso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Que o serviço ofereça ajuda para conseguir atividades de lazer/esportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Que serviços de saúde básicos (como cuidados com feridas na boca) sejam disponíveis no local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Que a polícia não tenha acesso ao local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Que alimentação seja disponível no local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Que banho e outros cuidados de higiene sejam disponíveis no local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Que o serviço seja gratuito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Outro: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## APÊNDICE 1 - QUADRO - CATALOGAÇÃO DE TEXTOS REFERENTES A PESQUISA NO PUBMED

PUBMED: BIOETHICS AND DRUG USERS OR DRUG SUBSTANCE-RELATED DISORDERS AND HOMELESS OR HOMELESSNESS				
CATALOGADOS			leitura de resumo	leitura texto
1.	<u>Care of the <b>homeless</b>: an overview.</u> Maness DL, Khan M. Am Fam Physician. 2014 Apr 15;89(8):634-40	Sim	Fazer	
2.	<u>Housing first improves residential stability in <b>homeless</b> adults with concurrent <b>substance</b> dependence and mental <b>disorders</b>.</u> Palepu A, Patterson ML, Moniruzzaman A, Frankish CJ, Somers J. Am J Public Health. 2013 Dec;103 Suppl 2:e30-6. doi: 10.2105/AJPH.2013.301628. Epub 2013 Oct 22.	Sim	Fazer	
3.	<u>Comparison of <b>Homeless</b> and Non-<b>Homeless</b> Problem <b>Drug Users</b> Recruited from Primary Care Safety-Net Clinics.</u> Krupski A, Graves MC, Bumgardner K, Roy-Byrne P. J Subst Abuse Treat. 2015 Nov;58:84-9. doi: 10.1016/j.jsat.2015.06.007. Epub 2015 Jun 17.	Sim	Fazer	
4.	<u>Health, perceived quality of life and health services use among <b>homeless</b> illicit <b>drug users</b>.</u> O'Brien KK, Schuttke A, Alhakeem A, Donnelly-Swift E, Keogh C, O'Carroll A, O'Sullivan K, Galvin R, Fahey T. <b>Drug</b> Alcohol Depend. 2015 Sep 1;154:139-45. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.06.033. Epub 2015 Jul 2.	Sim	Fazer	
5.	<u>Differences in sociodemographic, <b>drug</b> use and health characteristics between never, former and current injecting, problematic hard-<b>drug users</b> in the Netherlands.</u> Havinga P, van der Velden C, de Gee A, van der Poel A. Harm Reduct J. 2014 Feb 13;11:6. doi: 10.1186/1477-7517-11-6.			
6.	<u>A practice research study concerning <b>homeless</b> service user involvement with a programme of social support work delivered in a specialized psychological trauma service.</u> Archard PJ, Murphy D. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2015 Aug;22(6):360-70. doi: 10.1111/jpm.12229.			
7.	<u>Factors associated with the health service utilization of unsheltered, chronically <b>homeless</b> adults.</u> Linton KF, Shafer MS. Soc Work Public Health. 2014;29(1):73-80. doi: 10.1080/19371918.2011.619934.			
8.	<u>Caring for <b>homeless persons</b> with serious mental illness in general hospitals.</u> Bauer LK, Baggett TP, Stern TA, O'Connell JJ, Shtasel D. Psychosomatics. 2013 Jan-Feb;54(1):14-21. doi: 10.1016/j.psym.2012.10.004. Review.			

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <p>9. <u>Homeless and nonhomeless VA service users likely eligible for Medicaid expansion.</u> Tsai J, Rosenheck RA. J Rehabil Res Dev. 2014;51(5):675-84. doi: 10.1682/JRRD.2013.10.0225.</p> <p>10. <u>Homeless healthcare: raising the standards.</u> Medcalf P, Russell GK. Clin Med (Lond). 2014 Aug;14(4):349-53. doi: 10.7861/clinmedicine.14-4-349.</p> <p>11. <u>Perception of access to health care by homeless individuals seeking services at a day shelter.</u> Weber M, Thompson L, Schmiede SJ, Peifer K, Farrell E. Arch Psychiatr Nurs. 2013 Aug;27(4):179-84. doi: 10.1016/j.apnu.2013.05.001. Epub 2013 Jun 10.</p> <p>12. <u>A unique model for treating chronic hepatitis C in patients with psychiatric disorders, substance abuse, and/or housing instability.</u> Ho CJ, Preston C, Fredericks K, Doorley SL, Kramer RJ, Kwan L, Kamal A. J Addict Med. 2013 Sep-Oct;7(5):320-4. doi: 10.1097/ADM.0b013e31829b1a6c.</p> <p>13. <u>Assessing the health of homeless people.</u> Parker-Radford D. Nurs Times. 2015 Dec 16;111(51-52):14-5.</p> <p>14. <u>[Healthcare institutions for the homeless].</u> Pain M, Kusuamina L, Kusuamina L. Rev Infirm. 2014 Apr;(200):19-21. French.</p> <p>15. <u>Homeless mentally ill in Athens area: a cross-sectional study on unmet needs and help-seeking.</u> Chondraki P, Madianos MG, Dragioti E, Papadimitriou GN. Int J Soc Psychiatry. 2014 Sep;60(6):544-53. doi: 10.1177/0020764013503150. Epub 2013 Oct 1.</p> <p>16. <u>Deriving costs of service use among an urban homeless population.</u> Fuehrlein BS, Cowell AJ, Pollio DE, Cupps LY, Balfour ME, North CS. J Subst Abuse Treat. 2014 Apr;46(4):491-7. doi: 10.1016/j.jsat.2013.12.002. Epub 2013 Dec 21.</p> <p>17. <u>Homelessness research: shaping policy and practice, now and into the future.</u> Culhane DP, Kane V, Johnston M. Am J Public Health. 2013 Dec;103 Suppl 2:S181-2. doi: 10.2105/AJPH.2013.301728. Epub 2013 Oct 22. No abstract available.</p> <p>18. <u>Homelessness, health, and inclusion.</u> [No authors listed] Lancet. 2013 Mar 9;381(9869):778. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60609-1. Epub 2013 Mar 8. No abstract available.</p> <p>19. <u>Assessing the need for a medical respite: perceptions of service providers and homeless persons.</u> Biederman DJ, Gamble J, Manson M, Taylor D. J Community Health Nurs. 2014;31(3):145-56. doi: 10.1080/07370016.2014.926675.</p> <p>20. <u>Does stimulant use impair housing outcomes in low-demand supportive housing for chronically homeless adults?</u> Edens EL, Tsai J, Rosenheck RA. Am J Addict. 2014 May-Jun;23(3):243-8. doi: 10.1111/j.1521-0391.2014.12089.x.</p> |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

- |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 21. | <u>Unmet need for medical care and safety net accessibility among Birmingham's <b>homeless</b>.</u> Kertesz SG, McNeil W, Cash JJ, Desmond R, McGwin G Jr, Kelly J, Baggett TP. J Urban Health. 2014 Feb;91(1):33-45. doi: 10.1007/s11524-013-9801-3.                                                                                       |  |  |
| 22. | <u><b>Substance</b> use and access to health care and addiction treatment among <b>homeless</b> and vulnerably housed <b>persons</b> in three Canadian cities.</u> Palepu A, Gadermann A, Hubley AM, Farrell S, Gogosis E, Aubry T, Hwang SW. PLoS One. 2013 Oct 4;8(10):e75133. doi: 10.1371/journal.pone.0075133. eCollection 2013 Oct 4. |  |  |
| 23. | <u>Health care for <b>homeless</b> and unstably housed: overcoming barriers.</u> Rabiner M, Weiner A. Mt Sinai J Med. 2012 Sep-Oct;79(5):586-92. doi: 10.1002/msj.21339.                                                                                                                                                                    |  |  |
| 24. | <u>Care of the <b>Homeless</b> Patient.</u> Klein JW, Reddy S. Med Clin North Am. 2015 Sep;99(5):1017-38. doi: 10.1016/j.mcna.2015.05.011. Review.                                                                                                                                                                                          |  |  |
| 25. | <u>Hearing the silent voices: narratives of health care and <b>homelessness</b>.</u> Wise C, Phillips K. Issues Ment Health Nurs. 2013 May;34(5):359-67. doi: 10.3109/01612840.2012.757402.                                                                                                                                                 |  |  |
| 26. | <u>[Care and acceptance of the elderly <b>homeless</b> person].</u> Lohner MC. Rev Infirm. 2012 Aug-Sep;(183):31-2. French.                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| 27. | <u>Housing and harm reduction: what is the role of harm reduction in addressing <b>homelessness</b>?</u> Pauly BB, Reist D, Belle-Isle L, Schactman C. Int J Drug Policy. 2013 Jul;24(4):284-90. doi: 10.1016/j.drugpo.2013.03.008. Epub 2013 Apr 25.                                                                                       |  |  |
| 28. | <u>Incentives and enablers to improve adherence in tuberculosis.</u> Lutge EE, Wiysonge CS, Knight SE, Sinclair D, Volmink J. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Sep 3;(9):CD007952. doi: 10.1002/14651858.CD007952.pub3. Review.                                                                                                             |  |  |
| 29. | <u>Service provision for mentally disordered <b>homeless</b> people.</u> Salize HJ, Werner A, Jacke CO. Curr Opin Psychiatry. 2013 Jul;26(4):355-61. doi: 10.1097/YCO.0b013e328361e596. Review.                                                                                                                                             |  |  |
| 30. | <u>The reality of <b>homeless</b> mobility and implications for improving care.</u> Parker RD, Dykema S. J Community Health. 2013 Aug;38(4):685-9. doi: 10.1007/s10900-013-9664-2.                                                                                                                                                          |  |  |
| 31. | <u>Health care for <b>homeless</b> and unstably housed: overcoming barriers.</u> Rabiner M, Weiner A. Mt Sinai J Med. 2012 Sep-Oct;79(5):586-92. doi: 10.1002/msj.21339.                                                                                                                                                                    |  |  |
| 32. | <u>At a crossroads: reentry challenges and healthcare needs among <b>homeless</b> female ex-offenders.</u> Salem BE, Nyamathi A, Idemudia F, Slaughter R, Ames M. J Forensic Nurs. 2013 Jan-Mar;9(1):14-22.                                                                                                                                 |  |  |

<p>33. <u>Homelessness and mental health: A challenge.</u> Ventriglio A, Mari M, Bellomo A, Bhugra D. <i>Int J Soc Psychiatry</i>. 2015 Nov;61(7):621-2. doi: 10.1177/0020764015585680. No abstract available.</p> <p>34. <u>Opportunities for engaging low-income, vulnerable populations in health care: a systematic review of <b>homeless persons'</b> access to and use of information technologies.</u> McInnes DK, Li AE, Hogan TP. <i>Am J Public Health</i>. 2013 Dec;103 Suppl 2:e11-24. doi: 10.2105/AJPH.2013.301623. Epub 2013 Oct 22. Review.</p> <p>35. <u>High-Intensity <b>Drug</b> Use and Health Service Access Among Street-Involved Youth in a Canadian Setting.</u> Phillips M, Richardson L, Wood E, Nguyen P, Kerr T, DeBeck K. <i>Subst Use Misuse</i>. 2015;50(14):1805-13. doi: 10.3109/10826084.2015.1058825. Epub 2015 Dec 7.</p> <p>36. <u>Engagement and <b>Substance</b> Dependence in a Primary Care-Based Addiction Treatment Program for People Infected with HIV and People at High-Risk for HIV Infection.</u> Walley AY, Palmisano J, Sorensen-Alawad A, Chaisson C, Raj A, Samet JH, Drainoni ML. <i>J Subst Abuse Treat</i>. 2015 Dec;59:59-66. doi: 10.1016/j.jsat.2015.07.007. Epub 2015 Jul 21.</p> <p>37. <u>Multiply disadvantaged: Health and service utilisation factors faced by <b>homeless</b> injecting <b>drug</b> consumers in Australia.</u> Whittaker E, Swift W, Roxburgh A, Dietze P, Cogger S, Bruno R, Sindicich N, Burns L. <i>Drug Alcohol Rev</i>. 2015 Jul;34(4):379-87. doi: 10.1111/dar.12257. Epub 2015 Mar 18.</p> <p>38. <u>Health status and utilisation of the healthcare system by <b>homeless</b> and non-<b>homeless</b> people in Vienna.</u> Wagner J, Diehl K, Mutsch L, Löffler W, Burkert N, Freidl W. <i>Health Soc Care Community</i>. 2014 May;22(3):300-7. doi: 10.1111/hsc.12083. Epub 2013 Dec 20.</p> <p>39. <u>Realizing or relinquishing rights? <b>Homeless</b> youth, their life on the streets and their knowledge and experience of health and social services in Hillbrow, South Africa.</u> Mathebula SD, Ross E. <i>Soc Work Health Care</i>. 2013;52(5):449-66. doi: 10.1080/00981389.2012.742483.</p> <p>40. <u><b>homeless</b> and mentally ill--a mental healthcare challenge for Europe.</u> Gaebel W, Zielasek J. <i>Acta Psychiatr Scand</i>. 2015 Apr;131(4):236-8. doi: 10.1111/acps.12394. Epub 2015 Jan 24. No abstract available.</p> <p>41. <u>Characteristics of emergency department visits by older versus younger <b>homeless</b> adults in the United States.</u> Brown RT, Steinman MA. <i>Am J Public Health</i>. 2013 Jun;103(6):1046-51. doi: 10.2105/AJPH.2012.301006. Epub 2013 Apr 18.</p> <p>42. <u>Uso de <b>drogas</b> ilícitas como um desafio para a prestação de serviços de fim de vida aos <b>sem -teto</b> : percepções dos profissionais de saúde e serviços sociais.</u> McNeil R, Guirguis-Younger M. <i>Palliat Med</i> . 2012 Jun; 26 (4): 350-9. Doi: 10.1177 /0269216311402713. Epub 2011 4 de abril.</p> <p>43. <u>Uma revisão sistemática de intervenções para mulheres <b>sem-teto</b> .</u> Speirs V, Johnson M, Jirojwong S. <i>J Clin Nurs</i> . 2013 Apr; 22 (7-8): 1080-93. Doi: 10.1111 /jocn.12056. Epub 2013 Jan 18. Revisão.</p>		
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <p>44. <u>The other silent killer: <b>homelessness</b></u>. Peate I. Br J Nurs. 2013 Jun 13-26;22(11):607. No abstract available.</p> <p>45. <u>Caring for the <b>homeless</b>, an underserved population</u>. Gerber L. Fla Nurse. 2014 Jun;62(2):19. No abstract available.</p> <p>46. <u>"Providing healthcare for the <b>homeless</b> must be a priority"</u>. Pearson A. Nurs Times. 2015 Dec 16;111(51-52):13. No abstract available.</p> <p>47. <u><b>Homelessness</b> is a public health issue</u>. Donovan S, Shinseki EK. Am J Public Health. 2013 Dec;103 Suppl 2:S180. doi: 10.2105/AJPH.2013.301727. No abstract available.</p> <p>48. <u>Housing status and the health of people living with HIV/AIDS</u>. Milloy MJ, Marshall BD, Montaner J, Wood E. Curr HIV/AIDS Rep. 2012 Dec;9(4):364-74. doi: 10.1007/s11904-012-0137-5. Review.</p> <p>49. <u>Access to primary care services among the <b>homeless</b>: a synthesis of the literature using the equity of access to medical care framework</u>. White BM, Newman SD. J Prim Care Community Health. 2015 Apr;6(2):77-87. doi: 10.1177/2150131914556122. Epub 2014 Nov 11. Review.</p> <p>50. <u>Consumer and practitioner perceptions of the harm reduction approach in a community mental health setting</u>. Mancini MA, Wyrick-Waugh W. Community Ment Health J. 2013 Feb;49(1):14-24. doi: 10.1007/s10597-011-9451-4. Epub 2011 Oct 19.</p> <p>51. <u>Barriers to care and service needs among chronically <b>homeless</b> persons in a <i>housing first</i> program</u>. Parker RD, Albrecht HA. Prof Case Manag. 2012 Nov-Dec;17(6):278-84. doi: 10.1097/NCM.0b013e31825dfc4b.</p> <p>52. <u>[Medical and social management of <b>homeless</b> individuals. A one year prospective observational study in the south part of France, Pyrénées-Orientales]</u>. Francès P, Daguzan P, Bismuth S. Rev Prat. 2013 Jan;63(1):29-34. French.</p> <p>53. <u>The effect of local policy actions on mortality among <b>homeless</b> people: a before-after study</u>. Slockers MT, Nusselder WJ, Looman CW, Slockers CJ, Krol L, van Beeck EF. Eur J Public Health. 2015 Apr;25(2):290-2. doi: 10.1093/eurpub/cku155. Epub 2014 Sep 15.</p> <p>54. <u>The <i>Housing first</i> Model (HFM) fidelity index: designing and testing a tool for measuring integrity of housing programs that serve active <b>substance users</b></u>. Watson DP, Orwat J, Wagner DE, Shuman V, Tolliver R. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2013 May 3;8:16. doi: 10.1186/1747-597X-8-16.</p> <p>55. <u>Water, sanitation and hygiene for <b>homeless</b> people</u>. Uddin SM, Walters V, Gaillard JC, Hridi SM, McSherry A. J Water Health. 2016 Feb;14(1):47-51. doi: 10.2166/wh.2015.248.</p> <p>56. <u>Nontraditional clinical sites: working with those who are <b>homeless</b></u>. Bowker D, Weg B, Hansen E. Nurse Educ. 2013 Jul-Aug;38(4):139-40. doi: 10.1097/NNE.0b013e318296dc9f. No abstract available.</p> |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

57. An inexpensive, interdisciplinary, methodology to conduct an impact study of **homeless persons** on hospital based services. Parker RD, Regier M, Brown Z, Davis S. J Community Health. 2015 Feb;40(1):41-6. doi: 10.1007/s10900-014-9892-0.
58. Health and use of health services of people who are **homeless** and at risk of **homelessness** who receive free primary health care in Dublin. Keogh C, O'Brien KK, Hoban A, O'Carroll A, Fahey T. BMC Health Serv Res. 2015 Feb 12;15:58. doi: 10.1186/s12913-015-0716-4.
59. Editorial: Meeting the health care needs associated with poverty, **homelessness** and social exclusion: the need for an interprofessional approach. Cross W, Hayter M, Jackson D, Cleary M. J Clin Nurs. 2012 Apr;21(7-8):907-8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03945.x. No abstract available.
60. Understanding Health Needs and Perspectives of Middle-Aged and Older Women Experiencing **Homelessness**. Salem BE, Ma-Pham J. Public Health Nurs. 2015 Nov-Dec;32(6):634-44. doi: 10.1111/phn.12195. Epub 2015 Mar 31.
61. Health, access to health care, and health care use among **homeless** women with a history of intimate partner violence. Vijayaraghavan M, Tochtermann A, Hsu E, Johnson K, Marcus S, Caton CL. J Community Health. 2012 Oct;37(5):1032-9. doi: 10.1007/s10900-011-9527-7.
62. [Outreach clinics on the street? Reflections on new policies for **homeless** people's health]. Santana C. Cad Saude Publica. 2014 Aug;30(8):1798-9. Portuguese. No abstract available.
63. Identifying the health service needs of **homeless** adults with physical disabilities. Kehn ME, Ho PS, Kroll T. Public Health. 2013 Aug;127(8):785-7. doi: 10.1016/j.puhe.2013.01.011. Epub 2013 Jul 19. No abstract available.
64. Bringing home effective nursing care for the **homeless**. Gerber L. Nursing. 2013 Mar;43(3):32-8; quiz 39. doi: 10.1097/01.NURSE.0000426620.51507.0c. No abstract available.
65. Accuracy of reported service use in a cohort of people who are chronically **homeless** and seriously mentally ill. Somers JM, Moniruzzaman A, Currie L, Rezansoff SN, Russolillo A, Parpouchi M. BMC Psychiatry. 2016 Feb 25;16:41. doi: 10.1186/s12888-016-0758-0.
66. *Housing first* improves subjective quality of life among **homeless** adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. Patterson M, Moniruzzaman A, Palepu A, Zabkiewicz D, Frankish CJ, Krausz M, Somers JM. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013 Aug;48(8):1245-59. doi: 10.1007/s00127-013-0719-6. Epub 2013 Jun 9.

67.	<u>Disease pattern and social needs of street people in the race course area of Kano, Nigeria.</u> Abdu L, Withers J, Habib AG, Mijinyawa MS, Yusef SM. J Health Care Poor Underserved. 2013 Feb;24(1):97-105. doi: 10.1353/hpu.2013.0010.		
68.	<u>Needing Primary Care But Not Getting It: The Role of Trust, Stigma and Organizational Obstacles reported by Homeless Veterans.</u> O'Toole TP, Johnson EE, Redihan S, Borgia M, Rose J.J Health Care Poor Underserved. 2015 Aug;26(3):1019-31. doi: 10.1353/hpu.2015.0077.		
69.	<u>Will health care reform increase access for the homeless?</u> Nelson R. Am J Nurs. 2012 Oct;112(10):19-20.		
70.	<u>Health care among street-involved women: the perpetuation of health inequity.</u> Bungay V. Qual Health Res. 2013 Aug;23(8):1016-26. doi: 10.1177/1049732313493352. Epub 2013 Jun 12.		
71.	<u>Emergency Care for Homeless Patients: A Window Into the Health Needs of Vulnerable Populations.</u> Bharel M. Am J Public Health. 2016 May;106(5):784-5. doi: 10.2105/AJPH.2016.303161. No abstract available.		
72.	<u>SIX CONSIDERATIONS FOR THE Assessment and Management of Homeless Patients. Six considerations for the assessment and management of homeless patients.</u> Murphy P, Colwell C, Pineda G. EMS World. 2016 Apr;45(4):30-5. No abstract available.		
73.	<u>[Street Outreach Offices: visibility, invisibility, and enhanced visibility].</u> Hallais JA, Barros NF. Cad Saude Publica. 2015 Jul;31(7):1497-504. doi: 10.1590/0102-311X00143114. Portuguese.		
74.	<u>[Health of the homeless].</u> Cha O. Bull Acad Natl Med. 2013 Feb;197(2):277-89; discussion 289-91. French.		
75.	<u>Treating a homeless psychiatric patient: ethical challenges.</u> David KV, John SM, Venkatesan S, Bhattacharji S, Tharyan A. Indian J Med Ethics. 2012 Apr-Jun;9(2):124-6. No abstract available.		
76.	<u>Improving access to health care for homeless people.</u> Lamb V, Joels C. Nurs Stand. 2014 Oct 13;29(6):45-51. doi: 10.7748/ns.29.6.45.e9140.		
77.	<u>From substance use to homelessness or vice versa?</u> McVicar D, Moschion J, van Ours JC. Soc Sci Med. 2015 Jul;136-137:89-98. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.05.005. Epub 2015 May 2.		
78.	<u>Community health promotion with people who are experiencing homelessness.</u> Oudshoorn A, Ward-Griffin C, Poland B, Berman H, Forchuk C. J Community Health Nurs. 2013;30(1):28-41. doi: 10.1080/07370016.2013.750204		
79.	<u>The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care.</u> Rae BE, Rees S. J Adv Nurs. 2015 Sep;71(9):2096-107. doi: 10.1111/jan.12675. Epub 2015 Apr 27.		

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <p>80. <u>The challenge of providing medical care to <b>homeless</b> men.</u> Watton R, Gallivan C.Br J Gen Pract. 2013 Dec;63(617):659-60. doi: 10.3399/bjgp13X675584. No abstract available.</p> <p>81. <u>Developing performance indicators for <b>homeless</b> outreach psychiatric services.</u> Holmes A, Bradley G, Carslie T, Lhuede K.Australas Psychiatry. 2014 Apr;22(2):160-4. doi: 10.1177/1039856214520794. Epub 2014 Feb 4.</p> <p>82. <u>Mobile Nurse Practitioner: A Pilot Program to Address Service Gaps Experienced by <b>Homeless</b> Individuals.</u> Fraino JA. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2015 Jul;53(7):38-43. doi: 10.3928/02793695-20150615-01.</p> <p>83. <u>Doctoring for the <b>homeless</b>: caring for the most vulnerable by building trust.</u> Bharel M. AMA J Ethics. 2015 May 1;17(5):469-72. doi: 10.1001/journalofethics.2015.17.5.mnar2-1505. No abstract available.</p> <p>84. <u>Disadvantaging the disadvantaged: When public health policies and practices negatively affect marginalized populations.</u> Silva DS, Smith MJ, Upshur RE. Can J Public Health. 2013 Sep 12;104(5):e410-2.</p> <p>85. <u>Interventions to Improve Access to Primary Care for People Who Are <b>Homeless</b>: A Systematic Review.</u> Health Quality Ontario.. Ont Health Technol Assess Ser. 2016 Apr 1;16(9):1-50. eCollection 2016 Apr 1. Review.</p> <p>86. <u>[Medical Care for <b>Homeless</b> People - Individual Right and a Social Duty for an Inclusive Society].</u> Trabert G. Gesundheitswesen. 2016 Feb;78(2):107-12. doi: 10.1055/s-0041-111011. Epub 2016 Feb 23. Review. German.</p> <p>87. <u>Putting <i>housing first</i>.</u> Geller L. Can Nurse. 2014 Jun;110(5):22-7. No abstract available.</p> <p>88. <u>Self-efficacy as a unifying construct in nursing-social work collaboration with vulnerable populations.</u> Washington OG, Moxley DP.Nurs Inq. 2013 Mar;20(1):42-50. doi: 10.1111/nin.12012. Epub 2012 Nov 23.</p> <p>89. <u>Primary care. Pioneer service offers new model for primary care.</u> West D. Health Serv J. 2013 Aug 16;123(6363):12-3. No abstract available.</p> <p>90. <u>Making <i>housing first</i> happen: organizational leadership in VA's expansion of permanent supportive housing.</u> Kertesz SG, Austin EL, Holmes SK, Pollio DE, Schumacher JE, White B, Lukas CV. J Gen Intern Med. 2014 Dec;29 Suppl 4:835-44. doi: 10.1007/s11606-014-3025-4.</p> <p>91. <u>Increasing access--a qualitative study of <b>homelessness</b> and palliative care in a major urban center.</u> Krakowsky Y, Gofine M, Brown P, Danziger J, Knowles H.Am J Hosp Palliat Care. 2013 May;30(3):268-70. doi: 10.1177/1049909112448925. Epub 012 Jun 5.</p> <p>92. <u>A comprehensive assessment of health care utilization among <b>homeless</b> adults under a system of universal health insurance.</u> Hwang SW, Chambers C, Chiu S, Katic M, Kiss A, Redelmeier DA, Levinson W. Am J Public Health. 2013 Dec;103 Suppl 2:S294-301. doi: 10.2105/AJPH.2013.301369. Epub 2013 Oct 22.</p> |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

93.	<u>Caring on the margins of the healthcare system.</u> Sarradon-Eck A, Farnarier C, Hymans TD. Anthropol Med. 2014;21(2):251-63. doi: 10.1080/13648470.2014.924299.		
94.	<u>Health interventions for people who are <b>homeless</b>.</u> Hwang SW, Burns T. Lancet. 2014 Oct 25;384(9953):1541-7. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61133-8. Review.		
95.	<u>Reconciling recovery, personalisation and <i>Housing first</i>: integrating practice and outcome in the field of multiple exclusion <b>homelessness</b>.</u> Cornes M, Manthorpe J, Joly L, O'Halloran S. Health Soc Care Community. 2014 Mar;22(2):134-43. doi: 10.1111/hsc.12067. Epub 2013 Sep 30.		
96.	<u>Unmet need among <b>homeless</b> and non-<b>homeless</b> patients served at health care for the <b>homeless</b> programs.</u> Zur J, Jones E. J Health Care Poor Underserved. 2014 Nov;25(4):2053-68. doi: 10.1353/hpu.2014.0189.		
97.	<u>Treatment desires and symptomatology among <b>substance</b>-abusing <b>homeless</b> mothers: what I want versus what I need.</u> Slesnick N, Guo X. J Behav Health Serv Res. 2013 Apr;40(2):156-68. doi: 10.1007/s11414-012-9300-4.		
98.	<u>Efficient targeting of <b>homelessness</b> prevention services for families.</u> Shinn M, Greer AL, Bainbridge J, Kwon J, Zuiderveen S. Am J Public Health. 2013 Dec;103 Suppl 2:S324-30. doi: 10.2105/AJPH.2013.301468. Epub 2013 Oct 22.		
99.	<u>Street outreach and shelter care elective for senior health professional students: an interprofessional educational model for addressing the needs of vulnerable populations.</u> Arndell C, Proffitt B, Disco M, Clithero A. Educ Health (Abingdon). 2014 Jan-Apr;27(1):99-102. doi: 10.4103/1357-6283.134361.		
100.	<u>Health care for the <b>homeless</b>: what we have learned in the past 30 years and what's next.</u> Zlotnick C, Zerger S, Wolfe PB. Am J Public Health. 2013 Dec;103 Suppl 2:S199-205. doi: 10.2105/AJPH.2013.301586. Epub 2013 Oct 22.		
101.	<u>Activating people to address their health care needs: learning from people with lived experience of chronic illnesses.</u> Stanhope V, Henwood BF. Community Ment Health J. 2014 Aug;50(6):656-63. doi: 10.1007/s10597-013-9686-3. Epub 2013 Dec 13.		
102.	<u>Health status and health care experiences among <b>homeless</b> patients in federally supported health centers: findings from the 2009 patient survey.</u> Lebrun-Harris LA, Baggett TP, Jenkins DM, Sripipatana A, Sharma R, Hayashi AS, Daly CA, Ngo-Metzger Q. Health Serv Res. 2013 Jun;48(3):992-1017. doi: 10.1111/1475-6773.12009. Epub 2012 Nov 7.		
103.	<u>Do we overspend on health care, underspend on social needs?</u> Burns J. Manag Care. 2014 Sep;23(9):26-31. No abstract available.		

- |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <p>104.</p> <p>105.</p> <p>106.</p> <p>107.</p> <p>108.</p> <p>109.</p> <p>110.</p> <p>111.</p> <p>112.</p> <p>113.</p> <p>114.</p> | <p><u>Social, structural and behavioral determinants of overall health status in a cohort of <b>homeless</b> and unstably housed HIV-infected men.</u> Riley ED, Neilands TB, Moore K, Cohen J, Bangsberg DR, Havlir D. PLoS One. 2012;7(4):e35207. doi: 10.1371/journal.pone.0035207. Epub 2012 Apr 25.</p> <p><u>[Access, equity and social cohesion: evaluation of intersectoral strategies for people experiencing <b>homelessness</b>].</u> Borysow Ida C, Furtado JP. Rev Esc Enferm USP. 2014 Dec;48(6):1069-76. doi: 10.1590/S0080-623420140000700015. Portuguese.</p> <p><u>Motivation to change and treatment attendance as predictors of alcohol-use outcomes among project-based <i>Housing first</i> residents.</u> Collins SE, Malone DK, Larimer ME. Addict Behav. 2012 Aug;37(8):931-9. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.03.029. Epub 2012 Apr 1.</p> <p><u>Health care utilization patterns of <b>homeless</b> individuals in Boston: preparing for Medicaid expansion under the Affordable Care Act.</u> Bharel M, Lin WC, Zhang J, O'Connell E, Taube R, Clark RE. Am J Public Health. 2013 Dec;103 Suppl 2:S311-7. doi: 10.2105/AJPH.2013.301421. Epub 2013 Oct 22.</p> <p><u>Housing as health care--New York's boundary-crossing experiment.</u> Doran KM, Misa EJ, Shah NR. N Engl J Med. 2013 Dec 19;369(25):2374-7. doi: 10.1056/NEJMp1310121. No abstract available.</p> <p><u>Out on the street: a public health and policy agenda for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth who are <b>homeless</b>.</u> Keuroghlian AS, Shtasel D, Bassuk EL. Am J Orthopsychiatry. 2014;84(1):66-72. doi: 10.1037/h0098852.</p> <p><u>Fatores que influenciam o uso de serviços entre jovens <b>sem-teto</b> com transtornos co-<b>ocorrentes</b>.</u> Kozloff N, Cheung AH, Ross LE, Winer H, Ierfino D, Bullock H, Bennett KJ. Psychiatr Serv . 2013 1 de Setembro; 64 (9): 925-8. Doi: 10.1176 /appi.ps.201200257</p> <p><u>Clinical Needs of Patients with Problem <b>Drug</b> Use.</u> Krupski A, West II, Graves MC, Atkins DC, Maynard C, Bumgardner K, Donovan D, Ries R, Roy-Byrne P. J Am Board Fam Med. 2015 Sep-Oct;28(5):605-16. doi: 10.3122/jabfm.2015.05.150004.</p> <p><u>Common needs but divergent interventions for U.S. <b>homeless</b> and foster care children: results from a systematic review.</u> Zlotnick C, Tam T, Zenger S. Health Soc Care Community. 2012 Sep;20(5):449-76. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01053.x. Epub 2012 Feb 22. Review.</p> <p><u>A comparison of three interventions for <b>homeless</b> youth evidencing <b>substance use disorders</b>: results of a randomized clinical trial.</u> Slesnick N, Guo X, Brakenhoff B, Bantchevska D. J Subst Abuse Treat. 2015 Jul;54:1-13. doi: 10.1016/j.jsat.2015.02.001. Epub 2015 Feb 18.</p> <p><u>Barriers and facilitators of linkage to HIV primary care in New York City.</u> Bauman LJ, Braunstein S, Calderon Y, Chhabra R, Cutler B, Leider J, Rivera A, Sclafane J, Tsoi B, Watnick D. J Acquir Immune Defic Syndr. 2013 Nov 1;64 Suppl 1:S20-6. doi: 10.1097/QAI.0b013e3182a99c19.</p> |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

115. <u>Strategies for enhancing the delivery of person-centred care.</u> Perez-Merino R. Nurs Stand. 2014 Jun 3;28(39):37-41. doi: 10.7748/ns.28.39.37.e8193.		
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--