



Psicologia & Sociedade

ISSN: 0102-7182

revistapsisoc@gmail.com

Associação Brasileira de Psicologia Social  
Brasil

Passos, Eduardo Henrique; Paula Souza, Tadeu  
REDUÇÃO DE DANOS E SAÚDE PÚBLICA: CONSTRUÇÕES ALTERNATIVAS À POLÍTICA  
GLOBAL DE "GUERRA ÀS DROGAS"  
Psicologia & Sociedade, vol. 23, núm. 1, enero-abril, 2011, pp. 154-162  
Associação Brasileira de Psicologia Social  
Minas Gerais, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326567006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# REDUÇÃO DE DANOS E SAÚDE PÚBLICA: CONSTRUÇÕES ALTERNATIVAS À POLÍTICA GLOBAL DE “GUERRA ÀS DROGAS”\*

## *HARM REDUCTION AND PUBLIC HEALTH: BUILDING ALTERNATIVES TO GLOBAL POLICY OF “WAR ON DRUGS”*

Eduardo Henrique Passos

*Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil*

Tadeu Paula Souza

*Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil*

### RESUMO

A Redução de Danos (RD) vem se consolidando como um importante movimento nacional, impulsionando a construção de uma política de drogas democrática. Neste artigo destacaremos o modo como a RD se constituiu frente aos embates com as forças totalitárias da política global de “guerra às drogas”. Enfocaremos tanto aspectos internacionais quanto aspectos nacionais que confluíram para a construção de uma política antidrogas. É dentro desse cenário político que a RD vem se consolidando como uma outra política de drogas possível. Analisaremos como a inclusão dos usuários de drogas em arranjos coletivos de gestão é uma importante direção clínica e política do movimento da RD, definindo uma nova proposta de atenção em saúde. A partir desses espaços coletivos de cuidado, os usuários de drogas puderam tecer uma rede nacional de cooperação e de produção de uma luta comum.

**Palavras-chave:** políticas públicas; saúde pública; uso de drogas.

### ABSTRACT

Harm Reduction (HR) has been consolidated as an important national movement, promoting the building of a democratic drug policy. In this article we will highlight how HR has been shaped in the face of clashes with totalitarian forces of the “war on drugs” global policy. We will focus on both international and national aspects that came together to build an anti-drug policy. It is within this political scenario that HR is consolidating itself as a different and feasible drug policy. We intend to show the extent to which the inclusion of drug users in collective arrangements of management is an important clinical and political direction of the HD movement, defining a new proposal for health care. From these collective spaces of care, drug users have been able to weave a national network of cooperation and production of a common struggle.

**Keywords:** public policies, public health, drug use

A Redução de Danos (RD) foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos-SP no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis (Mesquita, 1991). Proposta inicialmente como uma estratégia de prevenção ao HIV entre usuários de drogas injetáveis – Programa de Troca de Seringas (PTSs) – a Redução de Danos foi ao longo dos anos se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas. A diversificação das ofertas em saúde para usuários de drogas sofreu significativo impulso

quando, a partir de 2003, as ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental.

Esse processo de ampliação e definição da RD como um novo paradigma ético, clínico e político para a política pública brasileira de saúde de álcool e outras drogas implicou um processo de enfrentamento e embates com as políticas antidrogas que tiveram suas bases fundadas no período ditatorial.

A construção de uma política de Redução de Danos será analisada a partir da interface entre o processo nacional de abertura política e a construção de uma

política global de “guerra às drogas”. O lento processo de abertura política no Brasil foi acompanhado de rearranjos macropolíticos que possibilitaram a manutenção de práticas autoritárias no interior do próprio Estado Democrático. As políticas de drogas passaram a assumir uma posição estratégica nesta reforma estatal, impondo impasses para o amplo processo de democratização e restrições para a atenção equânime, integral e universal as pessoas usuárias de drogas.

No cenário nacional, vivemos na década de 80, o fracasso do, então, “milagre econômico”, o alto índice da inflação, a explosão demográfica nos grandes centros urbanos, aumentando os cinturões de pobreza nas periferias e favelas. A falência do modelo econômico nacional e o desemprego conjuntural vieram acompanhados do aumento do mercado ilícito. Podemos agregar a esse processo econômico o sucateamento da educação pública e o aumento da violência urbana. É dentro desse contexto nacional que, no final da década de 80 e início da década de 90, o tráfico de drogas, sobretudo de cocaína, ganha projeção tanto no mercado nacional quanto no mercado internacional (Batista, 1998, 2001).

As favelas e periferias urbanas passam a ocupar um lugar estratégico para o forte mercado de drogas, recrutando jovens pobres para o tráfico. As disputas por pontos de venda de drogas entre facções inimigas e o enfrentamento direto com a polícia agregaram ao mercado de drogas o mercado de armas, dando início a uma verdadeira guerra civil que se encontra inserida num “ciclo global de guerras”.

No cenário internacional, as drogas - e posteriormente o terrorismo - passaram gradativamente a substituir o comunismo como figura ideológica de ameaça à democracia mundial (Batista, 2001; Negri & Cocco, 2005). A emergência da política global de “guerra às drogas”, liderada pelos EUA, ampliaram e fortaleceram a economia bélica, fomentando práticas totalitárias em diferentes pontos do planeta, chegando a intervenções militares diretas, como as ocorridas na Bolívia, no Panamá e na Colômbia (Karam, 2003).

A “guerra às drogas” e a “guerra ao terrorismo” trouxeram um novo sentido para o conceito de guerra, na medida em que essas guerras passam a lidar com um “objeto” global que torna cada vez mais imprecisa a distinção entre “conflitos externos” e “segurança interna”. Enquanto as ditas “classes perigosas” eram o alvo da segurança interna, os conflitos externos tinham como alvo de intervenção os ditos “inimigos”. Entretanto, no mundo contemporâneo, as ameaças externas e as ameaças internas tornam-se cada vez mais híbridas e, a um só tempo, alvos de uma guerra globalizada (Negri & Hardt, 2005).

No atual estado de guerra global, as guerras passam a ser declaradas a inimigos não geográficos,

inimigos transnacionais como são as “drogas” e o “terrorismo”, ampliando seu alcance temporal e espacial, tornando seu estado cada vez mais permanente. A aposta na guerra como forma de manter a ordem social acaba por torná-la um estado contínuo nas sociedades contemporâneas, ao invés de um estado de exceção.

A amplitude transnacional do problema gerado pelo tráfico de drogas confere a essa guerra um caráter difuso, ao mesmo tempo em que intensifica o controle social, identificando as drogas como a encarnação do mal. No campo da guerra global às drogas toda humanidade pode, por um lado, unir-se contra o mal e, por outro lado, qualquer um pode ser um inimigo da humanidade.

A guerra às drogas se tornou ao mesmo tempo um exercício de controle social e uma estratégia para a ampliação da economia neoliberal a partir do exercício do poder e da violência. A economia neoliberal se fortalece através da intensificação de uma economia bélica, já que a lógica de guerra às drogas e a lógica de consumo não são lógicas opostas, elas se alimentam e se fortalecem mutuamente.

A lógica de guerra às drogas busca combater a produção da substância, dividindo os países entre produtores, exportadores e consumidores, reprimindo a oferta dos países produtores, a procura dos países consumidores e a exportação nas fronteiras, portos e aeroportos. Tal estratégia se baseia numa lógica geográfica e desloca para os países periféricos a fonte causadora dos problemas gerados pelo tráfico de drogas. Tal estratégia bélica e econômica não inclui como problema a ser enfrentado a produção de subjetividade consumista que movimenta o mercado internacional de drogas e que caminha de mãos dadas ao processo de transnacionalização da economia de mercado.

Nas sociedades de consumo os produtos são intangíveis, como uma “sensação de bem-estar”, um “estilo de vida”, uma “identidade pré-fabricada”. O marketing e os meios de comunicação investem, sobretudo, na produção desejante como motor da economia. Dentro desse contexto, as drogas se inserem numa rede de produção de substâncias que se agencia a uma ampla rede de produção de subjetividade. As drogas permitem acessar de modo prático, rápido e de qualquer lugar a rede de produção de subjetividade consumista.

O tráfico de drogas não pode se reduzir à produção da substância, mas deve se estender ao plano de produção de subjetividade consumista. Os produtos (drogas) representam uma pequena parte do processo de produção do mercado transnacional de drogas que, apesar de ser uma prática ilícita, se beneficia e se fortalece dos meios lícitos de produção de subjetividade. Da mesma forma, as favelas representam um pequeno ponto dentro de uma ampla rede transnacional, que se constitui

como um plano que articula produção lícita e produção ilícita através de um diversificado cardápio de meios de comunicação. Entretanto, ao focalizar esforços em combater a produção das drogas, as estratégias policiais e militares assumem a função de controle social das camadas pobres, pois passam a localizar geograficamente um processo de produção transnacional: responsabilizar as favelas e os países periféricos por um mercado que é movimentado por uma lógica de consumo que é acionada pelos países do primeiro mundo.

No Brasil, práticas da ditadura, como a tortura, passaram a ser exercidas sobre comunidades pobres mediante uma intensificação do poder policial. Sobre a justificativa de defesa da democracia e combate às drogas, forças antidemocráticas constituíram uma complexa rede bélica no cerne da própria democracia. Mais do que um combate às drogas, esse arranjo vem garantindo um exercício de combate às próprias forças democráticas emergentes. Não estamos falando de guerra às drogas, e sim de uma repressão generalizada à própria democracia, um "Estado de Guerra" no cerne do "Estado Democrático de Direito" que se apoia ora sobre o eixo drogas, ora sobre o eixo terrorismo.

É dentro dessa lógica que, em 1998, instituiu-se a "Secretaria Nacional Antidrogas, que, na sua origem, subordinava-se à Casa Militar da Presidência da República, transformada em 1999, sem perder seu caráter militarista, em Gabinete de Segurança Institucional do Presidente da República" (Karam, 2003, p.79).

O exercício de poder gerado no embate entre forças democráticas e forças totalitárias constituiu um jogo de contradições entre uma Constituição que garante direito a liberdades individuais e uma lei do Direito Penal que impede que as pessoas usem certas substâncias. Cabe destacar que a lei 6368/76<sup>2</sup> foi proferida em pleno período ditatorial e seu caráter autoritário não foi reformulado a partir da Constituição de 1988. A contradição do próprio arcabouço jurídico remete, antes de tudo, à conciliação sinistra entre democracia e totalitarismo sobre o eixo das drogas.

A repressão ao tráfico de drogas que se exerce de forma mais violenta nas zonas de maior pobreza revela uma "falsa oposição" criada entre Estado Nação e Capitalismo Globalizado, que se atualizam sobre o eixo drogas. O desafio é poder captar o momento em que as aparentes oposições determinam uma aliança entre o avanço da lógica de consumo produzido pelo capital mundial e os modos de sujeição dos Estados Nacionais, ou seja, uma estranha e paradoxal aliança entre repressão e liberação.

O modelo repressivo da política estatal contra as drogas evidencia um modo de operar no qual o Estado se vê às voltas com os efeitos da própria globalização da

economia e do avanço da lógica neoliberal, ampliando o poder repressivo do Estado-Mínimo e o poder de governo do mercado transnacional sobre os próprios Estados Nacionais. Estabelece-se uma aliança entre termos aparentemente contraditórios, mas que comungam de interesses comuns, de modo a preservar a lógica de mercado. É neste cenário macropolítico que as drogas tornaram-se um mal a ser eliminado pelo Estado e, ao mesmo tempo, um produto a ser altamente consumido pela classe média e alta.

É nesse mesmo cenário, de constituição de uma política de guerra às drogas, que ocorre a primeira ação de Redução de Danos no Brasil, em 1989, no município de Santos-SP. Santos vivia, nesse momento, um das gestões municipais mais promissoras para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) através de práticas concretas que animariam o sentido de saúde democrática. Apesar desse cenário, aparentemente favorável a práticas progressistas de atenção e gestão em saúde, o então secretário municipal de saúde, David Capistrano, e o Coordenador do programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita, sofrem uma ação judicial por adotarem a estratégia de Redução de Danos, acusados de incentivarem o uso de drogas. Nessa época, Santos era conhecida como "capital da AIDS", cidade portuária, a maior da América Latina, lugar de trocas e encontros de todas as ordens, ponto estratégico do tráfico internacional de drogas. Dados epidemiológicos indicavam que 51% dos casos de contaminação de HIV/AIDS estavam relacionados ao compartilhamento de seringa para o uso de drogas injetáveis (Mesquita, 1991).

A ação judicial que David Capistrano sofreu não será tomada como um episódio de uma história pessoal, mas sim como um acontecimento político que evidencia o encontro entre as forças conservadoras que sustentam uma política antidrogas e as forças progressistas que adotavam a RD como uma estratégia em defesa da vida e da democracia. A retaliação judicial e policial sofrida por essa secretaria municipal de saúde pôs em evidência a contradição da própria máquina estatal, na medida em que o poder judiciário suspende o direito constitucional de acesso universal à saúde. É dentro deste enfoque, da problematização entre políticas totalitárias e políticas democráticas que coexistem e compõem o funcionamento da máquina estatal, que iremos situar os embates travados pela RD no Brasil.

A restrição que sofre a RD no Brasil permite não só identificarmos atitudes arbitrárias, como a própria contradição do arcabouço jurídico do Estado. Essa ação inconstitucional não pode ser explicada unicamente a partir da Lei 6368/76, mas sim através dos meios pelos quais o autoritarismo mantém práticas que limitam o exercício da democracia.

## O paradigma da abstinência: articulação entre justiça, psiquiatria e moral religiosa

A tarefa de entender os embates recorrentes entre RD e os aparelhos de Estado acaba nos colocando diante do conflito histórico que essa estratégia vem travando com a política antidrogas, legitimada judicialmente tal qual a Lei 6368/76 vigente até o ano de 2006, quando entrou em vigor a nova lei de drogas, 11.346/06. Expor as relações de poder que se teceram historicamente para a produção de uma política de guerra às drogas exige que realizemos uma análise micropolítica da política antidrogas objetivando apreender seus dispositivos capilares de reprodução do paradigma da abstinência. Em outras palavras, mudaremos o objeto de análise: desviaremos o olhar antes lançado sobre o Estado e passaremos a focalizar os dispositivos de poder (Deleuze, 1988, 1996; Foucault, 1988) que se consolidam junto da justiça e da Lei. É nesse ponto que encontramos a proximidade entre a política antidrogas e o paradigma da abstinência. Veremos como a abstinência se torna um eixo articulador entre a justiça, a psiquiatria e a moral religiosa que, em sua articulação, definem uma política do tratamento para usuários de drogas.

Por paradigma da abstinência entendemos algo diferente da abstinência enquanto uma direção clínica possível e muitas vezes necessária. Por paradigma da abstinência entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso.

A articulação entre criminologia e psiquiatria no Brasil vem de um diálogo iniciado na segunda metade do século XIX, numa interlocução direta com o Direito Penal. Uma diferença entre essas duas disciplinas consiste no fato de a criminologia surgir no interior do Direito Penal, enquanto a “psiquiatria se insurge do exterior, disputando com o direito penal o papel de gestora do criminoso, através de uma relação, progressivamente mais íntima, entre crime e doença mental” (Rauter, 2003, p. 41).

Apesar das alianças, na história do Brasil, a relação entre criminologia e psiquiatria não foi harmônica e complementar. A ambição da psiquiatria encontrou resistência no interior do próprio Direito Penal, principalmente no século XX. Embora a psiquiatria tenha conquistado um espaço dentro do Direito Penal, os juristas determinaram um limite para essa atuação. É dentro deste jogo de poder que o usuário de drogas ora se vê perante o poder da criminologia, ora diante do poder da psiquiatria; ora encarcerado na prisão, ora internado no hospício. O saber psiquiátrico, bem como

o saber criminológico, definiu uma forma, um enquadre, um “estrato” (Deleuze, 1988; Foucault, 1993) para o usuário de drogas.

A histórica articulação entre poder psiquiátrico e direito penal se consolidou ao longo das décadas e pode ser entendida como uma das forças contrárias à implementação da Redução de Danos no Brasil. A produção histórica do estigma do usuário de drogas como uma figura perigosa ou doente nos permite compreender parte dos problemas que a RD passa a enfrentar quando essa se torna um método de cuidado em saúde que acolhe as pessoas que usam drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos.

A construção das políticas de saúde para usuários de drogas centradas no hospital psiquiátrico demarca uma significativa interferência do Direito Penal sobre os procedimentos clínicos, como também uma aproximação entre práticas jurídicas e práticas médicas. As diversas retaliações judiciais que ações de RD vêm sofrendo no Brasil apontam para um embate que não se reduz às limitações impostas pelo Direito Penal, mas apontam para a delimitação imposta ao campo da saúde constituída entre a psiquiatria e a justiça em torno do paradigma da abstinência. Logo, compreender essas relações de poder obriga-nos a situá-las na articulação entre as práticas discursivas da psiquiatria e as práticas não-discursivas das instituições de confinamento. O enfrentamento da RD não é só com o discurso da lei, mas também com as práticas não-discursivas das instituições disciplinares. Em última instância, pode-se dizer que a RD coloca em questão as relações de força mobilizadas sócio-historicamente para a criminalização e a patologização do usuário de drogas, já que coloca em cena uma diversidade de possibilidades de uso de drogas sem que os usuários de drogas sejam identificados aos estereótipos de criminoso e doente: pessoas que usam drogas e não precisam de tratamento, pessoas que não querem parar de usar drogas e não querem ser tratadas, pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente parar de usar drogas.

O Direito Penal e a psiquiatria explicam parte do poder que submete os usuários de drogas. O poder disciplinar opera por meio da normalização das condutas desviantes, em que o saber médico e o criminológico privilegiam como objeto de intervenção o criminoso, o louco, o delinquente, o “drogado”. Desse ponto de vista, poderíamos facilmente concluir que os embates da RD acontecem, exclusivamente, contra os dispositivos disciplinares: a prisão e o manicômio. Porém não é somente dentro das prisões e dos hospícios que os usuários de drogas são confinados hoje em dia. As ditas Comunidades Terapêuticas e Fazendas Terapêuticas trazem outro elemento que não exclui a disciplina, mas a complementa: a moral religiosa.



A moral cristã compõe, junto com a justiça e a psiquiatria, uma rede de instituições que tem por finalidade única e comum a abstinência. Porém, ao contrário da psiquiatria que se volta mais para a doença mental e da justiça que se volta mais para a delinquência, a moral religiosa inclui um terceiro elemento, a associação do prazer ao mal. O prazer da carne, que frequentemente tem sido associado ao uso de drogas, é objeto histórico de intervenção do poder pastoral e, atualmente, se associa ao poder disciplinar; mas a gênese desse poder é muito mais antiga do que a própria disciplina. O poder da Igreja sobre os usuários de drogas se justifica muito mais por uma problemática do "prazer" do que, exclusivamente, pela problemática da "razão". Enquanto a psiquiatria e a criminologia produziam verdades sobre a razão e práticas de "cura" do anormal, fosse louco ou criminoso, a moral cristã atém-se aos desvios da "carne", aos prazeres apetitosos.

A problematização moral do uso de drogas se assenta em certa medida em um conjunto de regras morais de fundamento cristão, naquilo que o cristianismo historicamente definiu como conduta frente aos prazeres da carne. Coube ao cristianismo situar o prazer sob signo do mal e da morte, produzindo, segundo Foucault, uma inversão histórica na passagem da Antiguidade para a Era Cristã. Dessa forma, o uso dos prazeres se tornou objeto de interdição moral e "poder-se-ia acrescentar o alto valor moral e espiritual que o cristianismo, diferentemente da moral pagã, teria atribuído à abstinência rigorosa, à castidade permanente, à virgindade" (Foucault, 1994, p. 17). Trata-se de uma malha fina, um poder capilar que, antes de fundar as práticas de tratamento, fundou a própria individualidade pecadora. Nesta semiótica, o prazer passa a ser identificado a um espaço interior, regido pelos pensamentos, sentimentos: intenções obscuras da alma. O espaço interior do desejo, a vigília e o pecado original redefiniram a própria subjetividade e as práticas que passaram a reger o prazer: confissão, retiro, punição. O poder pastoral sobre a carne atravessou séculos e constitui o mais longo diagrama de poder que Foucault pôde estabelecer.

É dentro deste eixo de problematização e produção de verdades sobre o corpo e sobre o prazer que a RD abre um novo campo de possibilidades clínicas, políticas e existenciais. Sendo assim, não podemos reduzir os desafios que a RD vem enfrentando à sua dimensão de embate com a Lei. A ação judicial que o Secretário de Saúde de Santos sofreu revelou um embate com as práticas de sujeição dos usuários de drogas, relações de saber-poder que constituem na contemporaneidade o paradigma da abstinência, tecido entre o Direito Penal, poder psiquiátrico e a moral cristã.

O encontro com essas relações de poder, construídas em torno do paradigma da abstinência, exige a criação

de estratégias de mobilização e um sentido de luta para as ações de RD. O sentido de luta, comum à RD, coloca um novo desafio para esse dispositivo. O objetivo da RD não pode mais ser reduzido à prevenção de DST/AIDS, da mesma forma que o objeto de intervenção desse movimento não se reduz a um confronto com a justiça.

## Produção e gestão do comum

Em 1994 boletins do Ministério da Saúde indicavam que 25% dos casos de AIDS no Brasil estavam associados ao uso indevido de drogas injetáveis (Marques & Doneda, 1998). Essa realidade epidemiológica exigia que a RD deixasse de ser uma ação pontual do município de Santos e se tornasse uma ação dentro da política nacional. A construção dessa política passou por vários desdobramentos e interfaces em função do conjunto de instituições que se construíram ao redor do tema AIDS/drogas.

Nesse mesmo ano (1994) iniciou-se um projeto de articulação política em torno da interface AIDS e Drogas: "Projeto Drogas" do Programa Nacional de DST/AIDS. Tal projeto contava com o apoio político e financeiro da Organização das Nações Unidas, por meio do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP)<sup>3</sup>. Esse projeto buscou articular, em torno do tema drogas, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, o então Conselho Federal de Entorpecentes - CONFEN - do Ministério da Justiça e as Secretarias do Ministério de Educação e do Desporto (Marques & Doneda, 1998). A RD foi inserida em diferentes programas e secretarias que criaram, junto ao Projeto Drogas, diferentes linhas de intervenção estadual e municipal, principalmente a criação dos Programas de Redução de Danos (PRDs). Como na Holanda, onde foram criadas as ações de troca de seringa entre usuários de drogas injetáveis, os PRDs foram fundados em muitos casos por usuários de drogas responsáveis tanto pelos processos de gestão quanto pelos processos de atenção, sendo denominados de Redutores de Danos.

Ao inserir, no cenário nacional, um conjunto de estratégias de Redução de Danos, o PN - DST/AIDS criou um jogo de articulações e tensões no interior da própria máquina estatal. É esse jogo de tensões e articulações que ocorreram no interior da máquina estatal que nos permite acompanhar como a RD vai aos poucos deixando de ser uma estratégia de prevenção as DST/AIDS e vai se tornando um novo paradigma, na medida em que inclui os usuários de drogas como protagonistas dessas ações. Os investimentos do PN-DST/AIDS possibilitaram a criação de outro plano de sustentação da RD, não mais local, mas sim nacional. A RD tornou-se uma política de governo com pretensão de vir a ser

política de Estado, encontrando forte tensionamento com outros setores da máquina posicionados a favor de uma política antidrogas. Apesar dos embates no âmbito federal, foi na esfera municipal, no plano concreto das ações que a RD sofreu as maiores restrições. Dessa forma, mesclavam-se um plano de articulação federal e um plano municipal.

Diante dessa realidade política, foi fundada, no ano de 1996, a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), com a função de capacitar e articular os Programas de Redução de Danos. A ABORDA mobilizou redutores de danos e usuários de drogas para que se organizassem politicamente, fundando diversas ONGs pelo Brasil.

A direção política da ABORDA foi ao encontro da necessidade dos redutores de danos de alcançarem maior autonomia para gerir as políticas de RD, pois os mesmos não encontravam ambiente favorável para se expressarem dentro dos PRDs. Por serem, inicialmente, aparelhos estatais, os PRDs encontravam-se inseridos num contexto institucional que impunha obstáculos à nascente militância dos redutores de danos e usuários de drogas. A militância política forçou a criação de espaços de gestão “exteriores” ao próprio Estado, como as associações nas quais os usuários de drogas viam a possibilidade de não serem identificados a doentes ou criminosos (Ministério da Saúde, 2003b). A ABORDA criou junto com as ONGs um método de inclusão das minorias, que foi ativado, principalmente, pelos redutores de danos.

A ABORDA, por meio de encontros nacionais e redes de interação virtual (internet), colaborou na fundação e articulação das ONGs. Dessa forma, as diversas ONGs, dentre elas a própria ABORDA, teceram uma rede nacional de redutores de danos que contava com a participação tanto daqueles que atuavam em ONGs quanto dos que vinham dos PRDs que não fundaram ONGs (Ministério da Saúde, 2003b). Redutores de danos, travestis, usuários de drogas, profissionais de saúde, pessoas vivendo com HIV, estudantes e pesquisadores criaram uma gestão democrática através de redes abertas de interação e cooperação, evitando que os PRDs ficassem isolados e restritos a um contexto local. A consolidação dessa rede fez emergir um outro plano de produção das políticas de RD, que não se reduzia nem ao plano e local, nem ao plano estatal e federal. A tecedura dessa rede possibilitou a inclusão de grupos minoritários num circuito de relação, em que se passou a trocar muito mais do que seringas descartáveis. O método da RD foi, aos poucos, se descolando do foco específico de prevenir, efetivado através do dispositivo de troca de seringas, e assumiu objetivos mais amplos, acionados por novos dispositivos de gestão e atenção. A cooperação em rede fundou uma plataforma política

situada entre as ações locais disparadas pelas ONGs (associações) e a máquina de Estado, criando um atravessamento entre as mesmas.

Mais importante do que localizar as instâncias de formulação das ações de RD é analisar o modo como essas passaram a serem apropriadas pelos usuários de drogas, gerando um grande efeito de mobilização (Ministério da Saúde, 2003b). A rede nacional de redutores de danos passou a exercer um papel importante de mobilização e articulação nacional por uma nova política de drogas. Mobilizadas em redes, as associações passaram a lutar pelos direitos dos redutores de danos e dos usuários de drogas. Nesse contexto, algumas associações foram fundadas por redutores de danos que trabalhavam em PRDs e passaram a se organizar politicamente, enquanto outras foram fundadas por usuários de drogas que lutavam mais abertamente pela descriminalização do usuário de drogas dentro de uma proposta antiproibicionista <sup>4</sup>.

As ONGs desempenharam um importante papel na história da RD no Brasil, já que, a partir delas, os redutores de danos puderam construir uma rede cooperativa e democrática. Entretanto, a criação das redes de redução de danos não representou um desatrelamento da máquina estatal. Ao invés disso, a mobilização dos redutores de danos gerou uma estranha e paradoxal relação com o Estado: receber financiamento do Estado e, ao mesmo tempo, conjurar a política antidrogas ainda hegemônica na máquina estatal.

Essa relação paradoxal da RD com o Estado leva à construção, na prática concreta dos redutores de danos, de um novo sentido de política pública, não mais identificada à política de Estado ou política de governo. Tal sentido de público se expressa doravante como gestão do comum (Benevides & Passos, 2005).

O plano de articulação política criada pelas associações permitiu que os embates locais fossem inseridos num circuito de trocas e mobilizações através de redes nacionais. A inclusão do usuário de drogas nos serviços de saúde não só como um paciente, mas como ator corresponsável pelas políticas, vem sendo o desafio da RD. Nas associações de redutores de danos, os usuários de drogas participam como agentes políticos colaboradores na produção de redes de cuidado e de comunicação, criando uma mobilização coletiva, uma gestão do comum.

O que estamos chamando de comum? Tomemos, então, o conceito de “multidão” de Negri e Hardt (2005). Segundo os autores, o conceito de multidão se distingue tanto do de povo quanto do de massa. O povo preservaria um caráter identitário e unitário do governo. Uma certa tradição da filosofia política define que somente o que é uno pode governar, seja o monarca, o partido, o povo ou indivíduos. Para essa corrente

filosófica, sujeitos sociais que não são unificados, mas múltiplos, não podem governar, devendo pelo contrário ser governados.

A multidão, ao contrário, é uma multiplicidade composta por diferenças singulares que encontram na gestão do comum um novo modo de governo. A RD indicou uma forma de governo da multiplicidade, lutando pela manutenção da heterogeneidade que se encontra numa multidão e ao mesmo tempo pela consolidação de um compromisso comum, sem reduzir o usuário de drogas a formas identitárias como o doente ou criminoso. Através das associações, os usuários de drogas foram incluídos numa gestão comum organizada em rede.

Segundo Negri e Hardt (2005), a mobilização do comum segue dois aspectos: um aumento intensivo das forças democráticas na esfera local e um aumento extensivo das lutas, quando passam a se comunicar com outras lutas, constituindo uma organização em rede.

O modo como o movimento da RD foi se organizando permitiu que singularidades locais fossem inseridas numa rede de interação nacional e internacional. Podemos dizer que as associações de redução de danos são como nós de uma rede que consolidou um movimento social de grupos minoritários, dando passagem para uma gestão do comum baseada na diferença, articulando com outros movimentos sociais: luta antiproibicionista, luta dos portadores de HIV, luta dos *gays*, travestis e profissionais do sexo e luta antimanicomial. A RD se coloca como uma luta que comunica e, sobretudo, cria um plano de comunicação entre lutas.

Nesse modo de organização, o movimento de RD propôs e construiu uma gestão do comum exercida por uma multiplicidade, não reduzindo as singularidades a um governo unitário: uma gestão de grupos que lutam pela expressão das diferenças, constituindo redes de mobilização e comunicação.

O comum é este plano de comunicação entre lutas fazendo da gestão do comum o acordo que se tece entre os que estão em luta. Pensar a dimensão pública das políticas de drogas como gestão do comum é afirmar a um só tempo que a prática democrática no campo da saúde é a condução comunitária da gestão e também a gestão que se faz do que nos é comum, isto é, o comum como agente da gestão e o comum como objeto da gestão; o comum que gere e é gerido a um só tempo.

### **O método da cogestão e o cuidado de si**

A mobilização em rede introduziu os usuários de drogas em diversos dispositivos de gestão, nos quais era possível compartilhar interesses singulares e construir diretrizes comuns. A gestão do comum é um modo de operar com os efeitos gerados pela mobilização, é um método de cogestão realizado em Espaços Coletivos

(Campos, 2000, p. 42). Como exemplo, nas associações de RD os usuários de drogas podem colaborar na produção de projetos, construir projetos, estabelecer contratos, votar e se candidatar para a direção das instituições em que participam.

Observa-se na experiência de gestão da RD que muitos usuários de drogas abandonam ou diminuem o uso de drogas quando experimentam um contexto no qual se sentem acolhidos. Além disso, o uso abusivo pode comprometer a execução de compromissos assumidos coletivamente: seja o trabalho de campo, acessar outros usuários de drogas em situações de vulnerabilidade, participar de uma reunião nos conselhos municipais ou nas assembleias da associação de que faça parte. A mobilização introduziu os usuários de drogas em redes locais de gestão comum, nas quais o consumo de drogas é constantemente ressignificado por acordos coletivos. Podemos observar, a partir da RD, uma construção coletiva e comum para as experiências com as drogas, indicando uma inseparabilidade entre atenção e gestão. Mediante esse modo de organização, além de participarem na gestão das políticas, muitas pessoas cessaram ou diminuíram o uso de drogas: das pessoas que usavam drogas abusivamente, 70% dos que se tornaram redutores de danos deixaram de ser dependentes químicos (Lancetti, 2006). A RD evidenciou que o governo de uma associação, por exemplo, e o governo de si são instâncias que se distinguem, porém não se separam.

Segundo Campos, o método da cogestão realizado em Espaços Coletivos nos permite pensar uma coprodução de coletivos e de sujeitos autônomos. "Espaços existenciais contíguos, interagindo uns sob os outros, criando zonas autônomas, mescladas e de mútua influência, a que os Sujeitos estariam constrangidos a desvendar e a lidar para seguir vivendo" (Campos, 2000, p. 68). A gestão comum, ou cogestão, produz uma inseparabilidade entre coprodução de coletivos e coprodução de sujeitos autônomos, o que nos traz uma importante indicação para analisarmos a inseparabilidade entre governo comum e governo de si enquanto prática ou cuidado de si.

A criação de uma rede coletiva e participativa produziu efeitos clínicos altamente significativos. Chama a atenção, nesse caso, que a RD não impôs aos usuários, como condição de participação coletiva, parar de usar drogas. No entanto, cabe ressaltar que o método da RD propõe certas regras de conduta que devem ser pactuadas coletivamente.

Enquanto a abstinência está articulada com uma proposta de remissão do sintoma e a cura do doente, a proposta de reduzir danos possui como direção a produção de saúde, considerada como produção de regras autônomas de cuidado de si. No caso da RD, a própria abstinência pode ser uma meta a ser alcançada, porém



mesmo nesses casos trata-se de uma meta pactuada, e não de uma regra imposta por uma instituição. As regras da RD, mesmo a abstinência, são iminentes à própria experiência e não se exercem de forma coercitiva, enquanto regras transcendentais.

A corresponsabilidade emerge como efeito da coprodução de saúde, uma vez que as regras de conduta são criadas na situação de um encontro e a partir dos vínculos que esse encontro é capaz de instaurar. Muitas vezes, os redutores de danos propõem determinadas regras de conduta como, por exemplo, substituir crack por maconha, ou substituir a via injetável pela inalável. Entretanto, o processo de corresponsabilização depende do modo como os usuários de drogas se apropriam dessa regra, depende das atitudes que começam a emergir desse encontro, gerando muitos desdobramentos possíveis, pois são muitos os dispositivos que a RD dispõe para dar continuidade a esse processo. O protagonismo dos usuários pode caminhar de uma dimensão mais individual para uma dimensão mais coletiva, passando de um cuidado de si para um cuidado do outro, dependendo dos dispositivos que os usuários de drogas passam a integrar. Esses podem ser colaboradores no território, podem fazer parte da gestão das associações, podem ser redutores de danos, ou podem simplesmente cuidar de si.

É preciso entender como a criação de redes de cooperação altera a relação com as drogas à medida que delimita um território existencial para os usuários de drogas. O método empírico de cuidado se apresenta como um pragmatismo clínico já que refuta uma moral aplicada de forma homogênea a todos os sujeitos, como, por exemplo, a ideia transcendental de cura. O usuário de drogas deixa de ser considerado um doente a ser curado, e os encaminhamentos passam a ser múltiplos: parar de usar? Diminuir o uso? Substituir cocaína injetável por maconha? Usar somente nos finais de semana?

Não podemos esquecer, e certamente isto é o mais essencial, que a RD é um método construído pelos próprios usuários de drogas e que restitui, na contemporaneidade, um cuidado de si subversivo às regras de conduta coercitivas. Os usuários de drogas são corresponsáveis pela produção de saúde à medida que tomam para si a tarefa de cuidado. Reduzir danos é, portanto, ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo.

A RD se torna uma estratégia ampliada de clínica que tem ofertas concretas de acolhimento e cuidado para pessoas que usam drogas, dentro de arranjos de cogestão do cuidado, tendo como um dos principais desafios a construção de redes de produção de saúde que incluam os serviços de atenção do próprio Sistema Único de Saúde, Emergências Hospitalares e internações breves, Postos de Saúde, Estratégias de Saúde da Família, Caps-ad.

## Paradoxos e desafios

A partir de 2004, muitas associações tiveram suas ações paralisadas e algumas acabaram pela falta de financiamento. O movimento da RD mostrou uma certa fragilidade e dificuldade de se manter ativo frente às descontinuidades e instabilidades das políticas de financiamento do PN – DST/AIDS (Ministério da Saúde, 2003b). Apesar de as associações terem ativado importantes ações na consolidação desse movimento, a estreita relação com as políticas estatais eram marcadas por processos de terceirização e precarização do trabalho em saúde. Eis aí um jogo paradoxal diante do qual se encontra o movimento da RD.

Esses acontecimentos representaram uma fragmentação da rede de redução de danos. Porém, o fim dos financiamentos a associações de RD foi antecedido por um importante acontecimento institucional para a RD: a Política do Ministério da Saúde para Usuário de Alcool e Outras Drogas, criada em 2003 (Ministério da Saúde, 2003a). Nesse momento, a RD passou por um grande rearranjo, migrando do campo exclusivo das políticas de DST/AIDS e se tornando uma importante diretriz na constituição dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps-AD). Apesar dos incentivos criados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental para implementação de ações de RD em Caps-AD, não houve uma adesão significativa que permitisse uma nova institucionalidade para a Redução de Danos.

Esses impasses político-institucionais colocam desafios para a continuidade desse movimento, que vem ao longo dos anos ganhando novos contornos e novas direções. Quais direções o movimento de RD vai criar diante desses desafios? Que redes se constituirão? Devemos manter essas perguntas vivas ativando e acompanhando o devir do movimento da RD.

## Notas

\* Agência de financiamento: CNPq

<sup>1</sup> A Lei de Entorpecentes 6368/76 foi sancionada no ano de 1976 e ficou em vigor até 2006, ano em que é sancionada a nova lei de drogas: Lei 11.343 ([http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm))

<sup>2</sup> Durou quatro anos, terminando em dezembro de 1998 e custou, aproximadamente, dez milhões de dólares, sendo cerca de 80% desse montante proveniente do Tesouro Nacional.

<sup>3</sup> Dessas últimas, destaca-se a Associação de Usuário de Alcool e Drogas de Pernambuco, fundada em 2002, constituindo-se de forma diferencial, pois a maioria dos associados não é vinculada a projetos de troca de seringas, “embora se considerem redutores, quanto ao significado político que o termo tem” (Ministério da Saúde, 2003b, p. 21).

## Referências

- Benevides, R. & Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 561-571.
- Batista, V. M. (1998). *Difíceis ganhos fáceis*. Rio de Janeiro: Ed. Instituto de Criminologia Carioca/Freitas Bastos.
- Batista, V. M. (2001). Drogas e criminalização da juventude pobre. In Associação Beneficente São Martinho (Org.), *No mundo da rua* (pp. 56-44). Rio de Janeiro: Ed. Casa da Palavra.
- Campos, G. W. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec.
- Deleuze, G. (1988). *Foucault*. São Paulo: Brasiliense.
- Deleuze, G. (1996). *O mistério de Ariana*. Lisboa: Ed. Veja - Passagens.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I. A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Ed. Graal.
- Foucault, M. (1993). *Vigiar e punir*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Foucault, M. (1994). *História da sexualidade II. O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal.
- Karam, M. L. (2003). Redução de danos, ética e lei. In C. Sampaio & M. Campos. (Org.), *Drogas dignidade e inclusão social: a lei e a prática da redução de danos* (pp. 100-145). Rio de Janeiro: Aborda.
- Lancetti, A. (2006). *Clínica peripatética*. São Paulo: Ed. Hucitec.
- Marques, F. & Doneda, D. (1998). A política brasileira de Redução de Danos. In F. I. Bastos (Org.), *Troca de seringa: drogas e Aids* (pp. 137-152). Brasília: Ministério da Saúde.
- Mesquita, F. (1991). Aids e drogas injetáveis. In A. Lancetti (Org.), *SaúdeLoucura 3* (pp. 46-53). São Paulo: Ed. Hucitec.
- Lei n. 11.343. (2006, 23 de agosto). Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad. Acesso em 02 de fevereiro, 2007, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)
- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. (2003a). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. (2003b). *Perfil das Associações e Redes Brasileiras de Redução/Redutores de Danos*. Brasília, DF: Autor.
- Negri, A & Hardt, M. (2005). *Multidão*. Rio de Janeiro: Record.
- Negri, A. & Cocco, G. (2005). *Globo(AL)*. Rio de Janeiro: Record.
- Rauter, C. (2003). *Criminologia e subjetividade*. Rio de Janeiro: Revan.
- Recebido em: 25/02/2009  
Revisão em: 24/06/2010  
Aceite final em: 28/10/2010
- Eduardo Henrique Passos é Doutor em Psicologia; professor associado do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense.  
Email: e.passos@superig.com
- Tadeu Paula Souza é Psicólogo, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense; Doutorando em Saúde Coletiva pela Unicamp; Consultor do Ministério da Saúde pela Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS.  
Email: tadeudepaula@gmail.com

## Como citar:

Passos, E. H. & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162.