

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA  
ESTUDOS DA SUBJETIVIDADE

TADEU DE PAULA SOUZA

REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL:

A clínica e a política em movimento

Mestrado em Psicologia

Orientador: Prof. Dr. EDUARDO PASSOS

Niterói  
2007

TADEU DE PAULA SOUZA

REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL:

A clínica e a política em movimento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. EDUARDO PASSOS

Niterói  
2007

TADEU DE PAULA SOUZA

**REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL:  
A clínica e a política em movimento**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em agosto de 2007.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. EDUARDO PASSOS – Orientador  
UFF

---

Profª. Dra. REGINA BENEVIDES DE BARROS  
UFF

---

Prof. Dr. MARCELO SANTOS CRUS  
UFRJ

Niterói  
2007

## AGRADECIMENTOS

Ao Vicente, meu pai, por ter me ensinado a pensar,

A Manon, minha mãe, por ter me ensinado a criar,

Ao Eduardo Passos, meu orientador, pela dedicação e carinho que deram contorno ao pensamento e a criação,

A Regina Benevides de Barros, por ter aberto as portas da RD e pelas leituras e contribuições cuidadosas,

Ao Marcelo Santos Cruz, pelas contribuições e propostas que orientaram a trajetória da pesquisa,

A Márcia Medeiros, pela paixão que me transmitiu ao produzir os vídeos de RD,

A Denise Doneda, Domiciano Siqueira, Christiane Sampaio e a Semirames Vedovatto, por terem me acolhido carinhosamente dentro da RD,

A Ana Angélica e Jorge Alves, por terem me guiado pelos caminhos da RD no Rio de Janeiro,

Ao José Eduardo Gonçalves, por trazer o ponto de vista de quem participou do Movimento AIDS,

A Laura, pelo amor e carinho e pela dedicação nas leituras e contribuições,

Ao André e Danichi, pelo companheirismo,

Ao Sérgio Santana, pela correção cuidadosa,

Ao Tiagão, Léo e Macula, por me lembrarem que além da dissertação havia a música e o surf,

Ao Tiago e Tales, pela irmandade e companheirismo,

A Ana Acioli, pelas longas prosas,

Ao Programa de Mestrado, pelo exercício coletivo de construção do conhecimento e pelo empenho em garantir uma Universidade de fato pública e de qualidade,

A Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pela bolsa,

A todos os redutores de danos que conheci ao longo destes anos.

## Redução de Danos no Brasil: a clínica e a política em movimento

### RESUMO

A presente dissertação busca definir o que é a Redução de Danos (RD) no Brasil. A primeira experiência nacional da RD ocorreu no município de Santos – SP em 1989 como uma estratégia de prevenção as DST/AIDS entre usuário de drogas injetáveis (UDI) e, em 2003, ela comparece a um só tempo como um método clínico-político e um paradigma da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas. Acompanhamos o percurso da RD a partir dos embates e alianças que foram sendo construídos produzindo limitações e avanços para a própria RD. Dessa forma, apresentamos a história da RD através do percurso clínico-político operado na passagem de um contexto local, em Santos, para um contexto nacional no Ministério da Saúde; de uma concepção reduzida de prevenção às DST/AIDS entre usuários de drogas injetáveis para uma proposta ampliada de produção de saúde; e de uma dimensão concreta de trocar seringa para uma dimensão abstrata de paradigma da política do Ministério da Saúde para álcool e outras. Traçamos o percurso da RD no Brasil destacando suas alianças com movimentos que impulsionaram a saúde para uma “nova democracia” como a Reforma Sanitária e o Movimento AIDS. Definimos a RD como um método clínico-político realizado por diferentes dispositivos de gestão e atenção que atualizam os princípios do SUS, as diretrizes da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas e funções criadas pela própria RD. Da política do Ministério da Saúde destacamos as diretrizes de clínica ampliada, transversalidade e ação no território e da própria RD destacamos as diretrizes de gestão comum, co-responsabilização e cooperação.

### PALAVRAS – CHAVE

redução de danos – drogas – saúde pública

## Harm Reduction in Brazil: clinic and politics in movement

### ABSTRACT

The following dissertation seeks to define what is Harm Reduction (Redução de Danos – RD) in Brazil. The first national experience of RD happened in the city of Santos – SP in 1989 as a STD/AIDS prevention strategy between users of injectable drugs (UDI, in portuguese) and, in 2003, it presents itself at one time as a clinical-political method and a paradigm of the Politics of the Health Ministry of Integral Attention towards Alcohol and Other Drugs Users. We accompanied the trajectory of RD from the starting point of the clashes and alliances that we being constructed producing limitations and advances in the very RD. In this way, we present the history of RD through the clinical-political trajectory operated in the passage from a local context, in Santos, to a national context in the Health Ministry; from a reduced STD/AIDS prevention conception amongst injectable drug users towards an enlarged proposal of health production; and of a concrete dimension of changing a syringe to an abstract dimension of a political paradigm of the Health Ministry for alcohol and others. We drafted the trajectory of RD in Brazil putting into evidence it's alliances with movements that thrust health to a “new democracy” such as the Sanitary Reform and the AIDS Movement. We defined RD as a clinical-political method undertaken by several management and attention devices that actualize the principles of the SUS (Brazilian National Health Service), the lines of directions of the Politics of the Health Ministry of Integral Attention towards Alcohol and Other Drugs Users and functions created by the very RD. From the politics of the Health Ministry we evidenced the lines of directions of the enlarged clinic, transversality and territorial action and of the RD we evidenced the functions of common mobilization, co-responsibilization and cooperation.

### KEY- WORDS

Harm reduction – drugs- public health

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	009
CAPÍTULO 1 – POLÍTICA ANTIDROGAS E O PARADIGMA DA ABSTINÊNCIA .....	018
1.1 Política Antidrogas.....	018
1.1.1 – Totalitarismo e a privatização da saúde.....	019
1.1.2 – Guerra as Drogas: Ditadura e Democracia.....	022
1.2 – O Paradigma da Abstinência.....	027
1.2.1 - A Lei da abstinência: Psiquiatria e Direito Penal .....	028
1.2.2 - Doente e Criminoso: o diagrama disciplinar.....	030
1.2.3 - Moral da história: o prazer e o mal .....	032
CAPÍTULO 2 - A SAÚDE COMO UM CAMPO DE LUTAS .....	037
2.1 - Plano de composição da RD: embates e alianças na Saúde Pública .....	037
2.1.1 - 1989 – Santos/SP .....	038
2.1.2 - Constituição, SUS e o poder constituinte .....	040
2.1.3 – O Público e o Comum.....	042
2.2 - Políticas de Saúde Mental no Brasil .....	044
2.2.1 - Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária: embates entre minoria e Estado .....	045
2.2.2 - Santos e a desinstitucionalização: do louco ao usuário de drogas .....	049
2.3 - Políticas de AIDS no Brasil .....	053
2.3.1 - AIDS: Biopoder e Biopolítica .....	055
2.3.2 - Movimento AIDS e Reforma Sanitária: embates entre minoria e Estado .....	056
2.3.3 - Encontros e desencontros entre AIDS e SUS .....	059
2.3.4 - Santos: a capital da AIDS .....	062
2.3.5 – AIDS e Drogas: RD em Santos .....	064
CAPÍTULO 3 - REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL .....	069

3.1 – O percurso clínico-político da RD .....	069
3.1.1 – O primeiro plano de articulação da RD: território <i>underground</i> .....	070
3.1.2 – O segundo plano de articulação da RD: Programa Nacional de DST/AIDS e as redes de mobilização.....	072
3.1.3 - O terceiro plano de articulação da RD: Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas.....	076
3.2 - O método da RD .....	079
3.2.1 – A Clínica Ampliada .....	083
3.2.2 – Transversalidade .....	084
3.2.3 – Gestão Comum .....	089
3.2.4 – Co-responsabilização .....	093
3.2.5 – Cooperação .....	097
3.2.6 – Ação no território.....	101
3.3 – O paradigma da RD .....	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	111

## INTRODUÇÃO

O que é a Redução de Danos?

Fiz esta pergunta pela primeira vez no início de 2003, quando tive acesso ao documento da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003a) e desde então tenho me dedicado a respondê-la. Neste documento havia algumas referências que traziam definições sobre Redução de Danos (RD), dentre elas a de “método clínico-político” e a de “paradigma”. Entretanto, eram definições gerais que não possibilitavam um conhecimento da RD a ponto de tomá-la como um método ou um paradigma para o trabalho que vinha desenvolvendo com outros amigos.

Nesta época, trabalhávamos numa instituição de tratamento para adolescentes “dependentes químicos”, no município de Niterói (RJ), que em função da nova política nacional de álcool e drogas, iniciava os primeiros passos para cadastrar-se como um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas CAPSad. Dos jovens com quem trabalhamos, através de oficinas de arte ou de sessões de terapia, 80%, aproximadamente, morreram violentamente. Entretanto, nenhum morreu de overdose, ou de qualquer problema de saúde relacionado ao uso de drogas. Já nesta época, eu e outros parceiros de trabalho questionávamos sobre as políticas estatais antidrogas que colocavam a própria instituição diante de difíceis impasses, sobretudo quando nos víamos obrigados pela justiça a adotar como única direção de tratamento a abstinência. Debatíamos até que ponto alguns adolescentes tinham problemas de saúde em função do uso das drogas ou problemas em função das políticas que criminalizam as pessoas que usam drogas. O que era realmente prejudicial para a maioria daqueles jovens pobres, a drogas em si, ou a política antidrogas? Foi fazendo estas perguntas que a RD apareceu como um caminho possível, entretanto um caminho ainda enigmático. Mais do que responder a tais perguntas, a RD trouxe mais questionamentos.

Neste mesmo ano, 2003, uma amiga, Márcia Medeiros, iniciou em parceria com Beth Formaggini um projeto nomeado “Redução de Danos: Um Olhar de Dentro”, no qual seriam produzidos os principais vídeos institucionais sobre a RD no Brasil.<sup>1</sup> Através deste projeto, redutores de danos de diversos estados do Brasil foram capacitados para co-produzirem seus vídeos. O objetivo deste projeto não era só produzir um vídeo institucional “sobre” a RD, mas fazer um vídeo documental “com” a RD; trazer o ponto de vista dos usuários de drogas, das

---

<sup>1</sup> Projeto encomendado pelo Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS).

travestis, das prostitutas sobre as diferentes propostas de trabalho com RD. A concepção artística em questão, de co-direção e co-produção, foi inspirada no próprio método de produção de saúde praticado pelos redutores de danos: um método participativo. Era possível perceber através dos vídeos que a RD trazia uma proposta metodológica de cuidado em saúde, mas era igualmente possível perceber que esta proposta não se enquadrava nos pressupostos com os quais trabalhávamos até então. Através dos vídeos documentários produzidos por usuários de drogas, travestis, profissionais do sexo em territórios violentos pude entrar em contato com um modo de fazer clínica e política que me interessava à medida que me confundia. Os atores, os lugares, os métodos de intervenção não eram muito claros, entretanto a falta de clareza me soava como um outro modo de dar consistência às experiências clínicas, diferente dos modelos institucionais, especializados e acadêmicos. Através dos documentários acessamos não somente com a co-produção de vídeos, mas com o próprio “método clínico-político” da RD, dando o pontapé para outras co-produções, dentre elas a presente pesquisa.

Neste período, meus amigos e professores, Regina Benevides de Barros e Eduardo Passos estavam participando, dentre outras políticas do Ministério da Saúde, da construção da referida política de álcool e outras drogas. A partir deles pudemos conhecer importantes atores políticos da RD que outrora só conhecíamos por vídeos, como, por exemplo, Cristiane Sampaio, Domiciano Siqueira e Denise Doneda. Dessa forma elaboramos um projeto de pesquisa em parceria com o movimento da RD, sendo muito bem acolhido pela diretoria da ABORDA (Associação Brasileira de Redutores/Redutoras de Danos).

O início da pesquisa coincidiu com um momento de grandes transformações institucionais da RD na máquina estatal. Por um lado a RD era inserida como um “paradigma” da política de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, gerando uma articulação com a política nacional de Saúde Mental. Por outro lado o Programa Nacional de DST/AIDS suspendia o financiamento de dezenas de projetos de RD no Brasil. A inexistência de um lugar instituído para a RD no cenário das políticas nacionais, se tornou um problema para a proposta inicial de pesquisa, pois muitas ações que existiam estavam paralisadas e as que foram formuladas pela Política do Ministério da Saúde de Atenção a Usuário de Álcool e Outras Drogas ainda não havia iniciado concretamente.

Como a RD opera?

A tarefa inicial de responder a questão “o que é a RD?” ganhou novos contornos, pois percebemos que a RD era um objeto que se encontra em movimento e em constante embate com a máquina estatal. Talvez tenha sido este o desafio maior desta pesquisa: definir o que é a

RD não por uma natureza própria, mas sim pela sua historicidade, pelo seu processo de mudança. (DELEUZE, 1988, 1991). Dessa forma a pergunta inicial seria respondida se a modulássemos em outra: o que se passa com a RD? Como a RD opera com estas passagens?

A aposta metodologia de definir a RD pelo seu percurso histórico no Brasil nos conduziu por caminhos imprevisíveis e abertos. A história da RD é composta por pontos de tensão, rupturas e alianças que bifurcavam nossa atenção tanto para a busca de causas passadas quanto para a análise de efeitos gerados em momentos de tensão. Por exemplo, a primeira experiência da RD no Brasil, ano de 1989 em Santos, e a conseqüente ação judicial<sup>2</sup> apontavam tanto para práticas instituídas no campo das drogas consolidadas num tempo passado quanto para o modo como estas práticas foram alteradas a partir das ações produzidas neste município. Dessa forma a história da RD será apresentada em três tempos: um primeiro momento anterior ao próprio surgimento da RD, um segundo que retrata o contexto histórico e político em que a RD surge e um terceiro que analisa o devir da própria RD.

O início da RD no Brasil, no ano de 1989 em Santos, foi o ponto de partida para a problematização da nossa pesquisa. A pergunta “o que se passou com a RD em Santos?” constituiu o problema inicial da nossa pesquisa. Mas para responder tal questão tiremos que fazer um recuo no tempo e buscar razões históricas para tal acontecimento. Logo, o início da história que contaremos sobre a RD não coincide, no tempo, com o surgimento da RD no Brasil. Era necessário entender o modo como as instituições, que estavam presentes no momento em que a RD sofreu uma ação judicial, se articularam ao longo da história, constituindo uma política antidrogas e um paradigma da abstinência. Por isso a história da gestão em Santos passou de início para o meio da pesquisa, de ponto de partida para ponto de bifurcação, encruzilhada na qual diferentes políticas e movimentos sociais se encontraram. A história da RD em Santos coincide com outros acontecimentos político que dividem a história da Saúde Pública entre um tempo passado e um tempo futuro, um tempo do que eram as práticas hegemônicas em saúde para usuário de drogas e um tempo do que viria a ser a atenção em saúde para esta população marginalizada pelo próprio Estado.

Em Santos nos depararemos com as políticas antidrogas que impuseram limites tanto à democracia quanto ao campo da saúde quando este se encontra regido pelo “paradigma da abstinência”. Por outro lado, a RD foi um importante índice das novas políticas que ganharam suas principais expressões na década de 80 e que lutaram por um país e uma saúde democrática. O surgimento da RD é marcado pelo confronto entre as forças totalitárias que

---

<sup>2</sup> A história da RD em Santos será melhor apresentada no segundo capítulo.

ainda resistiam ao avanço da democracia que, neste momento, se viam diante da nova Constituição (1988). A pesquisa enfatizará diferentes matizes políticas que convergiram para alargar as frentes democráticas e as que buscavam meios de manter um poder totalitário no seio da democracia através de uma política antidrogas. A tensão vivida pela RD em Santos é índice da luta histórica entre a democracia proposta enquanto gestão comum e o totalitarismo estatal.

Essa divisão da história da RD no Brasil em diferentes tempos constituirá nossa cartografia. (DELEUZE, 1988, 1991, GUATTARI e ROLNIK, 1996). Construiremos um mapa composto por três diferentes linhas de análise que se atravessam constituindo um rizoma diante do qual teremos que definir pontos de referência e delimitar uma cartografia que nos permita uma coerência argumentativa.

### Três questões

A própria dinâmica da RD obrigou-nos a adotar uma metodologia de pesquisa que permitisse definir o que é a RD a partir de suas modulações e de seus embates com a política antidrogas sustentada pelo próprio Estado. Esta aposta metodológica apontará para três dimensões problemáticas, que estamos nomeando de três linhas de análise: política antidrogas e o paradigma da abstinência que impõem limitações à RD; políticas públicas de saúde que possibilita o avanço da RD; e o modo como a RD se apropria destes embates e destes avanços, constituindo um novo método e um novo paradigma para se pensar e propor políticas sobre drogas. Formulamos três questões centrais: Que políticas vêm limitando o avanço da RD? Que políticas vêm possibilitando que a RD se constitua como um novo paradigma para o campo das drogas? Como a RD vem se constituindo neste jogo de forças? Podemos dizer que estas três perguntas foram enfrentadas em três capítulos e apontaram o jogo de tensões que constitui a RD como uma política pública.<sup>3</sup>

O primeiro capítulo tratará do tema do poder, uma cartografia das relações de poder que constituem a política antidrogas e o paradigma da abstinência no Brasil. O segundo capítulo abordará o tema da resistência, o modo como a saúde se tornou um campo de lutas a favor de uma nova democracia, criando pontos de articulação para uma nova política pública sobre drogas. O terceiro capítulo apresentará como a RD vem constituindo um método clínico-político e um novo paradigma para o campo das drogas.

---

<sup>3</sup> Para entender o sentido de público, ver capítulo 2, tópico 2.1.3.

A dificuldade gerada pelas instabilidades institucionais da RD acabou tornando-se um problema a ser pesquisado, pois indicava uma estranha relação existente entre a máquina estatal e a RD. Em última instância, a RD permitiu lançar luz sobre a relação entre máquina estatal e usuário de drogas. Passamos a adotar um ponto de vista que nos permitiu analisar a relação que o Estado estabelece com esta população marginalizada, possibilitando um entendimento do problema enfrentado pela RD quando esta se torna um método de cuidado criado pelos próprios grupos marginalizados - além dos usuários de drogas, travestis e prostitutas.

Analisar a política antidrogas e o paradigma da abstinência implicou cartografar as relações de poder que atravessam o Estado e se articulam através de diferentes dispositivos. Cartografar as relações de poder que dão sustentabilidade para a política antidrogas se tornou um ponto de grande importância não pelo acontecimento pontual de Santos, mas sim, porque as ações judiciais e intervenções policiais se tornaram, desde então, acontecimentos que atravessam o cotidiano das iniciativas de Redução de Danos no Brasil.<sup>4</sup> Tais intervenções judiciais revelam a própria contradição do Estado brasileiro, uma contradição que resulta no embate entre totalitarismo de Estado e Democracia Constitucional.

Antonio Negri e Michel Hardt nos auxiliaram a entender como o Estado pode assumir diferentes formas: Estado desenvolvimentista, Estado totalitário, Estado democrático. Dessa forma pudemos pesquisar como a política antidrogas pode manter uma lógica totalitária, apesar da Constituição de 1988 e da Lei do SUS. Este acontecimento político foi analisado a partir da passagem lenta e gradual do regime ditatorial para a democracia no Brasil. A partir destes autores apresentaremos a constituição de alguns aspectos históricos que colocaram as drogas como eixo articulador de uma nova geopolítica liderada pelo bloco norte-americano iniciada com o fim do comunismo. A RD nos permite deslocar do âmbito de análise global um contexto nacional e principalmente local, onde a política mundial de “guerra as drogas” se agencia com um conjunto de dispositivos capilares de poder.

Nesse ponto operaremos uma mudança de plano de análise das políticas antidrogas. Michel Foucault nos permitiu um outro ponto de vista, uma análise capilar e microfísica, uma análise dos dispositivos de poder que se conjugam ao Estado e a política mundial de “tolerância zero”. O pensador nos permitiu entender a relação direta entre políticas antidrogas

---

<sup>4</sup> 18 anos após a RD ter surgido no Brasil, e 19 após ser promulgada a Constituição Democrática, o Proad/UNIFESP (Programa de Orientação e Atendimento aos Dependentes – Universidade Federal de São Paulo) sofreu ação judicial que suspenderam temporariamente as ações de RD. No mesmo município, a parada gay de São Paulo sofreu ação judicial por distribuir panfletos educativos que continham informações sobre estratégias de Redução de Danos.

e o paradigma da abstinência produzida pelos dispositivos disciplinares que subjagam as pessoas que usam drogas. O Estado encontra-se em constante relação com diferentes dispositivos de poder, dentre os quais destacaremos os que fizeram da abstinência um modo de sujeição. Apresentaremos como alguns dispositivos da justiça, da psiquiatria e da igreja elegem a abstinência como única meta possível a ser alcançada pelas pessoas que usam drogas. A abstinência se torna ponto de articulação entre a moral cristã, as formas jurídicas e as normas psiquiátricas, criando um diagrama de poder antidrogas e anti-democrático.

No segundo capítulo analisaremos práticas que subverteram este diagrama de poder e permitiram o surgimento da RD no Brasil. Buscaremos analisar a RD a partir de alguns movimentos, principalmente da década de 80 que lutaram por uma democratização do país e da saúde. Este processo, que culminou na Constituição de 1988 e na Lei orgânica do Sistema Único de Saúde - a Lei 8080/90, nos permite entender o momento em que a RD surge no Brasil. Se por um lado apresentaremos as práticas de sujeição que se mantiveram apesar da Constituição Democrática, por outro, iremos apresentar algumas práticas que permitiram um avanço da democracia malgrado as formas de sujeição operadas pelo Estado.

Apresentaremos alguns movimentos sociais que se articularam ao campo da saúde junto ao amplo movimento da Reforma Sanitária no Brasil, dentre os quais destacamos Movimento da Reforma Psiquiátrica e o Movimento AIDS. Nossa pesquisa pretende acompanhar como estes movimentos se consolidaram no Brasil, permitindo aberturas na máquina estatal para uma nova política sobre drogas. Saindo de um plano nacional, para um plano local, veremos como estes movimentos desembocaram na primeira gestão popular e democrática, em Santos no ano de 1989, após anos de regime ditatorial e compuseram com a RD uma nova proposta de saúde contrária aos modelos de atenção e gestão centralizadores. Mais do que definir o momento histórico em que a RD surgiu, buscaremos definir como a RD se inseriu como uma peça da engrenagem que movimentou uma saúde democrática a partir das ações em Santos. A escolha pela apresentação da gestão santista não se deve ao fato de ter sido o primeiro município a adotar a estratégia de RD, mas sim ao modo como esta estratégia foi proposta como um ponto de uma rede que se criou um novo modo de se fazer políticas públicas de saúde no Brasil. Além de ser o primeiro município a adotar a RD, Santos foi a primeira cidade a ter um hospital psiquiátrico desativado, o que aproxima no espaço e no tempo o início da luta antimanicomial e o início da RD no Brasil. Neste capítulo analisaremos como os movimentos da Reforma Psiquiátrica e das Políticas de AIDS sofreram redirecionamentos significativos que geraram novas demandas referentes aos problemas gerados pelo uso de

drogas. Nesse ponto veremos como a RD se torna um método de intervenção que se situa na interface entre estas duas políticas: saúde mental e AIDS.

No terceiro capítulo apresentaremos como a RD passa a se apropriar das diretrizes produzidas pelos movimentos sociais que a antecederam, produzindo assim novos dispositivos de atenção e gestão. Seguiremos um percurso clínico-político através do qual a RD passa do contexto local, em Santos, para um contexto nacional no Ministério da Saúde; de uma concepção reduzida de prevenção às DST/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI) para uma proposta ampliada de produção de saúde; e de uma dimensão concreta de trocar seringa para uma dimensão abstrata de paradigma da política nacional de álcool e outras. Mais do que definir importantes marcos institucionais, queremos entender como a RD sai de um contexto local, específico e concreto (Santos, prevenção e trocar seringa), para um contexto nacional, ampliado e abstrato (política nacional de álcool e outras drogas, produção de saúde e paradigma). É justamente neste aspecto que nossa metodologia de pesquisa permite que vislumbremos como a definição do que é a RD deve ser apreendida pelo seu próprio percurso clínico-político. Não estaremos neste tópico relatando uma história cronológica da RD no Brasil, mas sim relatando como ao longo dos anos a RD vem consolidando um novo método e um novo paradigma para o campo das drogas.

A tarefa inicial de definir o que é a RD passou a ser mais bem delineada neste capítulo no qual definiremos três grandes fases da RD. Mais do que definir períodos históricos, buscaremos delimitar como a RD passou por mudanças de planos de articulação: um primeiro plano em Santos, territorial e local; depois um segundo plano articulado em rede nacional, no qual o PN DST/AIDS financia projetos de RD; e um terceiro plano construído uma rede interna ao Ministério da Saúde, quando diferentes correntes políticas se encontram para formular a Política Nacional de Atenção Integral para Usuário de Álcool e outras Drogas. Ao invés de pensarmos o surgimento de um plano como a superação do outro, buscaremos analisar como eles passaram a conjugar o próprio método da RD. A partir destes três planos de articulação (territorial, rede nacional e Estado) podemos ver como a RD vai se alterando e se consolidando como um método clínico-político que possibilitou um novo paradigma no campo da saúde. O aspecto mais abstrato e virtual da RD (paradigma) deve ser entendido a partir do percurso histórico e concreto. Ao longo da história da RD, além da troca de seringas, outros dispositivos concretos de atenção e gestão foram criados para dar solução à complexidade tanto clínica quanto política que envolve o campo drogas. Dessa forma poderemos ver como a RD foi criando novos dispositivos concretos que foram dando consistência a um modo participativo de fazer gestão e atenção para usuários de drogas. O

modo de fazer atenção e gestão da RD, diz respeito ao método clínico-político que se constitui ao longo do percurso histórico da RD.

A partir dos três planos de articulação (territorial, rede de cooperação e máquina estatal), destacaremos três dimensões que compõem a própria RD: a dimensão concreta que é realizada pelos dispositivos da RD; uma dimensão processual que diz do modo como a RD passou a criar novos dispositivos; e uma dimensão abstrata que corresponde a emergência da RD como um paradigma para o campo da saúde. Queremos, neste ponto, fazer emergir da história de articulações da RD, um modo de fazer clínica e política, fazer emergir dos planos de articulação um método clínico-político.

Estas três dimensões da RD (concreta, processual e abstrata) causam muitas confusões quando se tenta definir o que é a RD, pois nos deparamos com um objeto de pesquisa multifacetado e que se atualiza em diferentes planos de articulação política. Estas três dimensões (concreta, processual e abstrata), podem ser entendidas como as próprias dimensões que o método da RD comporta. A RD é um método clínico-político que possui uma face voltada para um plano de ação concreta e atual (dispositivos) e uma face voltada para um plano abstrato e virtual (paradigma).

A partir deste percurso pudemos definir a RD como um método clínico-político realizado por diferentes dispositivos de atenção e gestão que atualizam os princípios do SUS, as diretrizes da política do Ministério da Saúde de álcool e outras drogas e diretrizes metodológicas criadas pela própria RD. Da política do Ministério da Saúde enfatizamos as diretrizes de transversalidade, clínica ampliada e ação no território; e da própria RD destacamos as diretrizes de gestão comum, co-responsabilização e cooperação. Dessa forma poderemos entender a emergência da RD como um paradigma, porém um paradigma encarnado que dispõe de uma metodologia clínico-política e de dispositivos concretos.

Buscaremos entender como os aspectos políticos encontram-se na RD em constante relação com os aspectos clínicos, permitindo pensar a clínica e a política como duas instâncias que se distinguem, porém não se separaram. É numa zona de interação entre a clínica e a política que devemos entender como a RD vem consolidando um novo modo de cuidado, um método que mobiliza as minorias marginalizadas através de dispositivos organizados em redes de cooperação. A tarefa neste caso é tentar dar consistência para um ponto fundamental do método da RD: o modo participativo de cuidado em saúde, no qual os usuários de drogas são inseridos como atores políticos, produzindo significativas mudanças subjetivas. Buscaremos analisar como a RD produz uma modulação nas experiências com as

drogas, no instante em que os usuários de drogas são inseridos como protagonistas clínico-políticos.

O caráter coletivo, cooperativo e comum das ações da RD permite que algumas pessoas parem de usar drogas, mas também que pessoas que não desejam parar de usar drogas criem para si novas regras de conduta, novas regras de cuidado, sendo que muitas destas regras emergem num contexto de gestão das políticas de RD. A gestão comum permite um desatrelamento do estigma de criminoso, doente ou pecador na medida em que passa a inserir o usuário de drogas como um co-autor responsável pela construção de dispositivos de atenção e gestão.

O método da RD se desdobra em diferentes diretrizes atualizadas pelos diferentes dispositivos que ao longo dos anos foram ampliando a própria RD. A complexidade de instituições e dispositivos que compõem o método da RD nos põe diante de um mapa onde diferentes diretrizes se atravessam e se desdobram em novas metodologias. Este modo de definir a RD nos permitiu estabelecer um esquema aberto de definição, uma vez que a RD inventa novas diretrizes metodológicas que poderão ser objetos de pesquisas futuras. De modo geral buscaremos delimitar a um só tempo o que é a RD e um modo de pesquisar a RD que nos possibilita analisar como as minorias criminalizadas pelo uso de drogas conseguem reverter os modos de sujeição em práticas de cooperação, consolidando um novo sentido de política pública que nos auxilia a pensar o problema da democracia na contemporaneidade.

## CAPÍTULO 1 – POLÍTICA ANTIDROGAS E O PARADIGAMA DA ABSTINÊNCIA

*Será que nunca faremos senão confirmar  
A incompetência da América católica  
Que sempre precisará de ridículos tiranos?*

(CAETANO VELOSO, *Podres Poderes*, 1984)

### 1.1 – Política Antidrogas

A Constituição de 1988 e a Lei Orgânica 8080 de 1990 que regulariza o Sistema Único de Saúde (SUS) são marcos de um amplo processo que se iniciou no final da década de 70 e ganhou força e suas principais expressões na década 80. Apesar de ser definida como década perdida no plano econômico, a de 80 foi marcada por um intenso movimento de contestação no campo da saúde pública. A abertura política foi acompanhada por um amplo movimento que deu um novo sentido para o conceito de saúde pública no nosso país. Os movimentos coletivos de resistência passaram a inaugurar, no campo da saúde, um embate com o Estado. Principalmente porque estes movimentos surgiram como contestação ao regime ditatorial, período de intensa privatização do campo da saúde. Ao invés de garantir suas funções públicas, o Estado totalitário passou a servir aos interesses privados da oligarquia nacional ligados às iniciativas transnacionais.

Alguns movimentos sociais como, por exemplo, a Reforma Psiquiátrica, o movimento *gay*, o feminismo e o movimento negro se articularam, direta ou indiretamente, no fortalecimento da cidadania que tinha como direção o direito universal à saúde. Sob a bandeira de “Saúde e Democracia”, ampliaram-se as frentes de luta por meio da inclusão de intelectuais de esquerda, profissionais de saúde e o protagonismo dos grupos “minoritários” (DELEUZE e GUATTARI, 2005). Podemos dizer que o Movimento da Reforma Sanitária articulou o campo da saúde com uma série de outros movimentos sociais.

Este movimento criou uma ampla articulação nacional, como por exemplo, a articulação gerada pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), que, dentre muitos atores, contou com a intensa participação de David Capistrano Filho, um dos principais militantes pela Reforma Sanitária brasileira. No próximo capítulo iremos apresentar como o próprio David Capistrano sofreu, em 1989, junto com outro médico sanitário, Fábio Mesquita, uma ação criminal por terem adotado a estratégia de troca de seringas que, mais tarde, seria

denominada de Redução de Danos. Mais do que determinar o encontro de importantes militantes sanitarista com a justiça penal, queremos, a partir deste fato, indicar o encontro de diferentes forças políticas, tendo como ponto de tensão a RD. Neste presente capítulo, tal fato será tomado como um analisador das políticas de drogas que buscaram combater a RD no Brasil.

A ação judicial sofrida pelo então secretário de saúde de Santos, David Capistrano, indica uma retaliação que o amplo processo de democratização da saúde sofreu por parte da justiça quando a RD é adotada como uma estratégia de saúde pública. Ao invés de tentarmos apontar de que modo a RD é uma peça no processo de democratização da saúde, problema que será apresentado no terceiro capítulo, iremos neste capítulo apresentar a política antidrogas sustentada pelo Estado brasileiro até o momento em que a RD é adotada em Santos.

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. 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. Neste capítulo, acompanharemos o percurso através do qual a problemática das drogas manteve-se como um eixo “duro” na passagem do Estado totalitário para o Estado Democrático de Direito no Brasil.

De modo geral podemos dizer que este capítulo se dedica a dois temas amplos que se dividem em dois tópicos: o primeiro busca evidenciar o papel do Estado na consolidação de uma política antidrogas, no qual daremos ênfase na dimensão política. O segundo tópico trata de uma dimensão mais subjetiva e microfísica, na qual daremos ênfase nos aspectos clínicos que consolidam o paradigma da abstinência., entretanto, não queremos abordar a política e a clínica como duas dimensões que se opõem. Ao contrário, incidiremos nossa análise sobre os pontos em que política e clínica não se separam, dito de outra maneira analisaremos como a articulação entre a política antidrogas e o paradigma da abstinência constitui um modo de fazer política e um modo de fazer clínica que se complementam.

### 1.1.1 – Totalitarismo e a privatização da saúde

O início dos regimes ditatoriais que se instalaram na América Latina, encontrava-se inserido dentro de um panorama internacional de mudanças macroeconômicas que muitos

economistas definem como a passagem da era moderna da economia para a era pós-moderna (NEGRI; HARDT, 2001). Enquanto na era moderna a economia era dominada pelo segundo setor (indústria), a era pós-moderna passou a ser comandada pelo terceiro setor da economia (prestação de serviços). Setores como Educação, Saúde e Informação passaram a ser, cada vez menos, funções públicas para se tornarem serviços privados. As políticas neoliberais privatizaram uma série de serviços que antes eram funções públicas do Estado, dentre eles, o setor da Saúde.

Nesse contexto macroeconômico, o Brasil ainda se via às voltas com os efeitos da criação de um Estado nacional-desenvolvimentista, o Estado Novo da era Vargas. Por meio do autoritarismo populista de Getúlio Vargas, caracterizado por uma proposta de independência econômica frente aos países do primeiro mundo, o Estado garantia, de uma só vez, o controle de indústrias de grande porte (Petrobrás, Vale do Rio Doce, Siderúrgica Nacional etc.) e a repressão maciça das camadas populares. O Estado nacional-desenvolvimentista misturava paternalismo, modernismo e fascismo; e excluía, desde essa época, a participação da população. (NEGRI; COCCO, 2005). Criava-se uma sinistra composição nacional, mesclando o poder colonial-escravocrata e os anseios de modernidade. O desenvolvimento econômico não era acompanhado de um desenvolvimento social. A era Vargas terminou em 1945, quando se iniciou um processo de aparente democracia que duraria até o ano de 1964.

Esse período foi marcado, no Brasil, por fortes movimentos operários, destacando-se a greve de 1963 que mobilizou 700 mil operários. A efervescência política que culminou em diferentes movimentos contra-culturais (tropicalismo, movimento hippie etc.), sofreu um forte golpe quando as oligarquias-corporativistas retomaram o poder autoritário, articulando-se, desde então, aos interesses internacionais (NEGRI; COCCO, 2005). A mudança do panorama macroeconômico e a instauração de uma “nova ordem mundial” abalaram as fracas estruturas democráticas dos países da América Latina, principalmente porque, ao desenvolvimento do capital mundial, somaram-se interesses internos de dominação.

Economicismo e determinismo tecnológico, acompanhados de regras de troca desigual, não explicam por sozinhos a dependência. O estrangulamento econômico da América Latina não pode ser atribuído simplesmente à ação do imperialismo europeu e norte-americano. Na realidade, a barreira encontra-se no fato de que as elites locais, impulsionadas pelas razões próprias de sua legitimação racial e corporativa, fizeram de tudo para imobilizar a resistência e as massas, ou melhor, fizeram de tudo menos mobilizar política e produtivamente as massas (NEGRI; COCCO, 2005, p. 95).

Na ditadura, a máquina do Estado ganha sua expressão mais totalitária, identificando o público ao governamental, o governo à autoridade de um grupo oligárquico, fazendo desse grupo que governa a forma identitária do Estado. Frente a esse Estado totalitário, “a população não é mais um dado, ela se tornou uma consequência” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 164). Nesse sentido, como se dizia no tempo da ditadura, “o que é bom para o povo não é, necessariamente, bom para a nação”. Povo e nação se distinguem e se separam frente às palavras de ordem do autoritarismo de Estado. Tal separação abre as portas para uma tendência neoliberal que defende o mínimo de Estado, isto é, a entrada de uma lógica privatizante da coisa pública. A “antecipação neoliberal não revelou apenas a ferocidade da reação, mas também a cumplicidade que o mercado mantém com o Estado e que os próprios militares sintetizaram : ‘Diminuir o Estado é engrandecer a Nação.’ (NEGRI; COCCO, 2005, p.107). A onda neoliberal encontrou as condições adequadas para o seu desenvolvimento, assim como, por outro lado, as modulações do capitalismo globalizante ofereceram suporte para as experiências totalitárias nos países latino-americanos nas décadas de 60 e 70. O conhecido “milagre econômico” se revelou como uma estratégia de entrada das políticas neoliberais que encontraram as portas abertas pelo regime ditatorial e significou uma quebra da economia nacional. Com a dívida externa alargada e uma intensa desvalorização da moeda nacional frente ao sistema financeiro internacional, foram as funções públicas do Estado que passaram a ser enxugadas.

No campo da Saúde, o Brasil observou um processo de privatização na tentativa maciça de tornar a vida da população uma mercadoria. Prevalencia o modelo assistencial hospitalocêntrico, de compra de serviços, onde as instituições responsáveis pela organização da área pública da saúde encontravam-se controladas pelos representantes dos interesses privados. O então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) possuía o segundo maior orçamento da União, ficando o Ministério da Saúde fora do centro das decisões e muito atrás em termos de financiamento (ESCOREL, 1987).

Exemplo de autoritarismo que vigorou nesse período foi o envio, para a V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, de uma lei, já aprovada, que dividia funções entre os Ministérios. O Ministério da Saúde ficou com a saúde coletiva e o MPAS com a assistência. Dessa decisão resultou que “o modelo assistencial preconizado pela Previdência Social fosse o modelo hegemônico sustentado pela aliança dos empresários do setor saúde-burocracia previdenciária” (ESCOREL, 1987, p. 49).

A área de assistência à saúde estava sob o comando de setores privados, com o total privilégio do complexo médico-industrial. Ao Ministério da Saúde cabiam as ações ditas de

“Saúde Pública”, num contexto ainda campanhista. (ESCOREL, 1987). Logo, um complexo jogo, que entrelaçava iniciativas privadas, saber médico e o regime ditatorial, passou a ser alvo das críticas de um movimento de Reforma Sanitária, (AROUCA, 2003) que teve seu nascedouro às margens da máquina estatal, culminando na Constituição e na regulamentação do SUS.

### 1.1.2 – Guerra as Drogas: Ditadura e Democracia

Não podemos negar que a Constituição de 1988 representa uma conquista da democracia na história do Brasil, entretanto, não podemos deixar de analisar as políticas antidemocráticas que se firmaram no seio da própria democracia. Segundo alguns autores, o lento processo de abertura política no Brasil permitiu a manutenção de práticas autoritárias no interior do próprio Estado Democrático. (NEGRI; COCCO, 2005, p. 119-120). Entretanto, devemos analisar que lugar a política de drogas passou a ocupar dentro da conjuntura política e econômica do país, a partir da democratização. A construção de uma política nacional antidrogas deve ser analisada na interface que ela estabelece entre o processo nacional de abertura política e a construção de uma política global de “guerra as 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 obrigaram muitas pessoas a se sustentarem através de diferentes atividades informais. Podemos agregar a este processo econômico, o sucateamento da educação pública e o aumento da violência urbana. É dentro deste contexto nacional que, a partir da década de 90, o tráfico ilícito, sobretudo, de cocaína ganha projeção tanto no mercado nacional, quanto no mercado internacional. (BATISTA, 2001)

As favelas e periferias urbanas passam a ocupar um lugar estratégico para o forte mercado de drogas, que encontrou neste cenário de degradação social as condições propícias para o seu fortalecimento, 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 as drogas”, liderada pelos EUA, ampliaram e fortaleceram a economia bélica, fomentando práticas totalitárias em diferentes pontos do planeta.

Através da política internacional de “guerra às drogas” os “senhores da política proibicionista ampliam seu controle sobre os países que lhes são periféricos [...] que podem chegar às intervenções militares diretas, que, já ocorridas na Bolívia e no Panamá, repetem-se com o Plano Colômbia.” (KARAM, 2003, p. 64).

A “guerra as drogas” e a “guerra ao terrorismo” trouxeram um novo sentido para o conceito de guerra. O ciclo global de guerras torna cada vez mais impreciso a distinção entre conflitos externos e segurança interna. “O “inimigo”, que tradicionalmente era enxergado fora, e as “classes perigosas”, que tradicionalmente se encontravam dentro, tornam-se cada vez mais difícil de distinguir, servindo conjuntamente como objeto do esforço de guerra.” (NEGRI e HARDT, 2005, p. 36).

No estado de guerra global, as guerras passam a ser declaradas a conceitos abstratos, como o conceito de “drogas” e de “terrorismo”, ampliando seu alcance temporal e espacial, tornando o seu fim ficou cada vez mais distante e seu estado cada vez mais permanente. A aposta na guerra como forma de manter a ordem social acaba por fazer da guerra um estado contínuo ao invés de um estado de exceção. “Em outras palavras, não é possível vencer uma guerra dessas, ou, por outra, ela deve ser vencida diariamente. Assim é que se tornou impossível distinguir a guerra da atividade policial.” (NEGRI e HARDT, 2005, p. 36).

A instabilidade do conceito de drogas confere a esta guerra uma estratégia difusa do ponto de vista da produção do medo generalizado e, ao mesmo tempo, uma estratégia concentrada do ponto de vista do controle social. Ao associar as drogas, sobretudo as ilícitas, à figura do mal, a guerra às drogas solapou toda uma tradição moderna que buscou excluir aspectos morais e religiosas do campo das guerras. “Apresentar o inimigo como a encarnação do mal serve para torná-lo absoluto, assim como a guerra contra ele, tirando-o da esfera política – o mal é o inimigo de toda a humanidade.” (NEGRI e HARDT, 2005, p. 37) Os conceitos abstratos permitem que, por um lado, toda humanidade possa unir-se contra o mal e, por outro lado, qualquer um possa ser um inimigo da humanidade. O conceito de drogas ganha um sentido estratégico uma vez que os critérios que os definem não seguem nenhuma coerência, eles são contraditória entre si. O grau de contradição e de falta de critério lógico que distinguem as drogas lícitas das ilícitas se tornou foco de interdição moral que, em última instância, se apóia na guerra como estratégia para se eliminar o mal do planeta na medida em que encobre os interesses econômicos que se alimentam desta distinção.

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

A lógica de consumo aponta para a produção de subjetividades consumistas, na qual os produtos são antes, imateriais, do que materiais. (NEGRI, 2001). 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, no desejo como motor da economia, em outras palavras, o desejo é produzido. Os produtos imateriais são consumidos através de diferentes meios materiais, mas não se reduzem aos mesmos. Dentro deste contexto, as drogas se inserem numa rede de produção material que se agencia a uma ampla rede de produção imaterial. As drogas permitem acessar de modo prático, rápido e de qualquer lugar a rede de produção imaterial do capitalismo.

O tráfico de drogas não pode se reduzir a sua produção material, mas deve se estender ao plano de produção de subjetividade consumista como motor imaterial do capitalismo contemporâneo. As drogas representam o produto material, mas a “sensação de bem estar”, a “sensação de poder”, ou a “sensação de alegria” que advém do uso das drogas representam a produção imaterial que, através dos diferentes meios de comunicação, movimentam o tráfico ilícito de drogas. A produção de subjetividade consumista constitui-se como um plano que torna indistinto a noção de lícito e ilícito.

Entretanto, ao focalizar a produção material do tráfico de drogas, a guerra as drogas permite um controle social das camadas pobres e encobre a lógica de consumo que movimenta o mercado mundial de drogas lícitas e ilícitas. 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 anti-democráticas constituíram uma complexa rede bélica no cerne da própria democracia. Mais do que um combate às drogas, este arranjo vem garantindo um exercício de combate às próprias forças democráticas emergentes, às forças da “multidão”. (NEGRI; HARDT, 2005). Não estamos falando de guerra às drogas, e sim de uma repressão generalizada à própria democracia, um “Estado de Guerra” (NEGRI; HARDT, 2005) que se apóia 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 que garante que tenhamos uma Constituição que garante plenos direitos individuais e uma lei do Direito Penal que impede que as pessoas usem certas substâncias: a Lei 6368 de Entorpecentes de 1976. Cabe destacar que essa lei 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 remetia, antes de tudo, à conciliação sinistra entre democracia e totalitarismo sobre o eixo das drogas.

Especialmente, quando assegura, de forma expressa, os direitos concernentes à intimidade e a vida privada, a Constituição Federal brasileira desautorizou, por ser com ela incompatível, a aplicação do dispositivo incriminador, contido no artigo 16 da Lei 6368/76. (KARAM, 2003, p.52)

Existe um jogo de contradição entre Constituição e Direito Penal que deve ser entendido evocando tanto razões políticas internas quanto razões políticas internacionais.

Ao sofrer retaliação judicial e policial, a Redução de Danos revela como os princípios democráticos do SUS, como universalidade, integralidade e equidade sofrem sérias restrições no caso da atenção a pessoas que usam drogas. O avanço da democracia é paralisado em pontos estratégicos que permitem ao totalitarismo estender-se, de forma capilar, a todas as instituições democráticas, impondo restrições às práticas que promovem cidadania e inclusão social. No caso concreto da RD, observamos a restrição que o campo da saúde sofre quando a universalidade do acesso é estendida a toda a população de forma equânime. O SUS revela as inspirações democráticas que mobilizaram as coletividades na década de 80. A construção de um Estado Democrático possibilitou a criação de uma lei que regula um sistema de saúde com vistas a atender às necessidades da população, um sistema participativo e universal, em suma, uma saúde democrática. O direito universal à saúde não discrimina ninguém: perante a Constituição, todos somos cidadãos com direito à saúde, inclusive pessoas que usam drogas.

A Redução de Danos encontra respaldo constitucional à medida que o artigo 196 da Constituição de 1988 prevê: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Vê-se que a expressão “redução de riscos” encontra-se redigida na lei maior do Estado brasileiro e, ainda assim, a Redução de Danos continua a ser tolhida pelo próprio Estado. 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 entendendo por que meios o autoritarismo mantém viva suas práticas, criando limitação ao pleno exercício da democracia.

A repressão ao tráfico de drogas que se exercem de forma mais violenta nas zonas de maior pobreza, revela uma “falsa oposição” criado entre Estado e capitalismo globalizado (DELEUZE e GUATTARI, 1997) 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.

O modelo repressivo da política estatal contra as drogas evidencia um modo de operar no qual o Estado se vê as voltas com os efeitos da própria globalização da economia e do avanço da lógica neoliberal que os próprios Estados nacionais assumiram. O Estado estabeleceu uma aliança com o capitalismo, de modo a preservar a lógica de mercado e, ao mesmo tempo, justificar a violência estatal sobre as populações pobres. A estratégia de poder produz uma reversão na qual as drogas passam de mercadoria à causa dos problemas sociais e os jovens pobres, de excluídos a inimigos sociais; não obstante, as comunidades pobres passam a sofrer violência do Estado, sobretudo com o incremento do poder policial: caveirão<sup>5</sup> etc. 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.

Não estaríamos, com isso, reduzindo a complexidade do problema a um esquema bipolar que coloca, de um lado, os traficantes; e, de outro, os consumidores de drogas? A bipolaridade é um efeito da própria dupla mensagem produzida pelo esquema Estado-capital, ou seja, este esquema força conclusões binárias: proibir ou legalizar? A culpa é do traficante ou do consumidor de drogas? A nossa análise busca evidenciar o modo como essas falsas soluções são formuladas, a partir da construção de falsos problemas: “a droga é um mal”, ou “o traficante é um inimigo social”, ou “o consumidor é responsável por alimentar o tráfico”. Este esquema de culpabilização e criminalização acaba por isentar a aliança entre Estado e capitalismo em torno da lógica de consumo como matrizes produtoras dos problemas sociais que se constituíram em torno das drogas.

---

<sup>5</sup> O caveirão é um carro blindado da polícia militar do Rio de Janeiro adaptado para ser um veículo de operações em áreas de conflito com o tráfico de drogas. A palavra caveirão refere-se ao emblema do Batalhão de Operações Policiais Especiais (BOPE), que aparece com destaque na lateral do veículo.

A RD almeja subverter o poder na sua dupla articulação: lógica de consumo e repressão; capitalismo e Estado autoritário. Veremos no último capítulo como a RD oferece atenção em saúde e inclui as minorias desprovidas de serviços públicos e que são atravessadas por intensos fluxos de dinheiro e sangue gerados pelo forte mercado do tráfico. Precisamos entender diante de qual panorama a estratégia de RD foi proposta no Brasil, de modo a propor uma defesa da vida e da democracia, uma estratégia que transforma territórios de violência em territórios de cooperação.

## 1.2 – O Paradigma da Abstinência

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 por dispositivos jurídicos tal qual a Lei 6368/76 vigente até o ano de 2006, quando entrou em vigor a nova lei de drogas, 11.346/06. Nos próximos capítulos, abordaremos as experiências ocorridas em Santos e em outros municípios brasileiros em torno da Lei 6368/76. Por ora nos contentaremos em expor as relações de poder tecidas em torno das drogas, criando diagramas complexos. No caso do confronto com a lei, iremos nos afastar um pouco dos autores que até agora têm nos auxiliado, como Negri, Deleuze e Guattari. A contribuição do pensamento desses autores permitiu entender a complexidade da máquina de Estado e as formas que ela pode assumir: os paradoxos, as capturas e os acordos de dominação. Porém, nesse momento, mudaremos um pouco nossa direção, ou melhor, tornaremos nossa análise mais capilar, no sentido de entender como a política antidrogas se exerce por meio de dispositivos capilares, compondo o 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 (FOUCAULT, 1986; DELEUZE, 1988, 1996) que se consolidam ao seu lado, ao lado 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 e 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 para as 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.

### 1.2.1 – A Lei da abstinência: Psiquiatria e Direito Penal

A articulação entre criminologia e psiquiatria no Brasil vem de um diálogo iniciado na segunda metade do século XIX. A diferença entre estas duas disciplinas consiste no fato da 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).

A produção de uma verdade científica sobre o anormal e o anti-social inseriu não somente o louco, como também o usuário de drogas no regime do saber psiquiátrico. O arcabouço jurídico e institucional criado para controlar o louco se estendeu a todos os indivíduos cuja conduta fosse identificada pela psiquiatria como desviante, como uma anormalidade, portanto uma incapacidade de participar do contrato social. A relação entre psiquiatria e Direito Penal se estreitou em torno da defesa da sociedade e contra os indivíduos que representavam um perigo para o bem-estar. A legitimação da psiquiatria como ciência que controla a vida dos perigosos e anormais garantiu, a um só tempo, o estigma do usuário de drogas doente mental bem como uma outra instituição de confinamento: o hospício. A psiquiatria garantia, assim, um novo destino aos que fugiam da norma, “eles não serão excluídos por infração a um código de leis explícito, como o criminoso. Mas, ao serem definidos como doentes, sua exclusão justifica-se como tratamento.” (RAUTER, 2003, p.43). Enquanto na prisão a pena define o tempo de reclusão, no hospício o objetivo de curar pode estender o asilo até a morte, ou seja, a “psiquiatria dispõe de um poder de seqüestro diverso daqueles de que dispõe o Judiciário.” (RAUTER, 2003, p. 43).

Dentro de um ideal higienista, a psiquiatria conferia um novo estatuto para essa população desviante. Ao invés de repressão, a psiquiatria propunha a cura e, com ela, um caráter técnico-científico para suas ações, pautando sua justificativa no campo da saúde pública. O louco passou a ser figura emblemática para qualquer desvio de conduta, numa “tentativa de medicalizar a lei, aproximar crime e doença mental, transferindo para a psiquiatria maior poder.” (RAUTER, 2003, p.44). Porém, na história do Brasil, a relação entre criminologia e psiquiatria não é harmônica. Essa ambição da psiquiatria encontrou resistência no interior do próprio Direito Penal, principalmente no século XX. Apesar de a

psiquiatria ter conquistado um espaço dentro do Direito Penal, os juristas determinaram um limite para essa atuação. É dentro desse 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” (FOUCAULT, 1993 e DELEUZE, 1988) para o usuário de drogas. 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 inclui as pessoas que usam drogas como cidadão de direitos e sujeitos políticos.

Desde de 1989, em Santos, até os tempos atuais, a RD vem sofrendo retaliação judicial tendo como um dos principais dispositivos jurídicos a Lei de Entorpecentes 6368/76, vigente, até o ano de 2006, quando entrou em vigor a nova lei de drogas. Sobre o argumento de incentivo ao uso de drogas, veremos que a RD foi suspensa mediante ação judicial, por exemplo, no município de Santos em 1989. Porém, no texto da lei não consta que “trocar seringas para prevenir DST/AIDS entre usuários de drogas injetáveis” seja considerado crime, mas sim que “quem contribui de qualquer forma para incentivar ou difundir o uso indevido ou o tráfico ilícito de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica” (Lei 6368 art.12), esse sim, comete um crime. Entre a estratégia da RD e a interpretação feita a partir da lei existe um hiato que só pode ser explicado a partir das práticas que sustentam essa lei.

O fato da primeira experiência nacional de RD ter sofrido uma ação judicial indica, para nós, um mapa de relações com o qual a própria RD se deparou. Será que podemos dizer que a RD encontrou impedimento somente da lei? Que relações de poder podemos destacar da própria lei? No parágrafo 2º desta mesma lei consta:

Os estabelecimentos hospitalares e clínicas, oficiais ou particulares, que receberem dependentes para tratamento, encaminharão à repartição competente, até o dia 10 de cada mês, mapa estatístico dos casos atendidos durante o mês anterior, com a indicação do código da doença, segundo a classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde, dispensada a menção do nome do paciente. (LEI 6368, 1976)

Podemos ver, a partir deste parágrafo, não só uma significativa interferência do Direito Penal sobre os procedimentos clínicos, como também uma aproximação entre práticas jurídicas e práticas médicas. Portanto, ao encontrar-se com a lei, a RD deparou-se não só com o Direito Penal, mas com a delimitação imposta ao campo da saúde constituída entre a psiquiatria e a justiça em torno do paradigma da abstinência. A RD passa a sofrer retaliação

da justiça, mas também de práticas que se consolidaram num certo período como hegemônicas no campo da saúde, haja vista a prática asilar dos hospitais psiquiátricos.

A partir da própria Lei 6368/76, podemos identificar uma inserção da psiquiatria no campo do Direito Penal: um arcabouço jurídico que revela a articulação do discurso da psiquiatria e o discurso da criminologia na produção do usuário de drogas como doente mental e/ou anti-social. Tal processo pode ser intensificado a partir de 1980 quando instituiu-se o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, cuja instância administrativa e executiva era o Conselho Nacional de Entorpecentes (COFEN), órgão do Ministério da Justiça.

No artigo 5, parágrafo XI define-se a participação de “1 (um) médico psiquiatra com ampla atuação na área de entorpecentes, indicado pela Associação Médica Brasileira, e designado pelo Ministro da Justiça” (Decreto 85.110). Essa estrutura passou a ser reproduzida nas esferas estaduais e municipais: Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN) e Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN). A articulação entre poder psiquiátrico e Direito Penal tece uma rede, ou melhor, uma “malha fina”, criando diferentes configurações que permitem uma maior extensão e capilaridade para o exercício da Lei 6368/76.

### 1.2.2 – Doente e Criminoso: o diagrama disciplinar

Compreender a RD obriga-nos a situá-la no enfrentamento com o diagrama de poder segundo o qual se articulam o discurso da psiquiatria e do Direito Penal e um não-discursivo 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. O confronto entre o enunciado da lei 6368/76, que condena a troca de seringas por considerá-la um incentivo ao uso, e o enunciado que a RD é cuidado em saúde revela apenas um aspecto do problema, que não pode se separar das diferentes práticas não discursivas para o “tratamento” dado ao usuário de drogas.

Na tarefa de entender a complexidade com a qual a RD se deparou em Santos e, de um modo geral, no Brasil, podemos identificar algumas linhas. Nesse termo, a lei se apresenta como um novelo, um emaranhado do qual pretendemos desenredar as linhas que o compõe. Puxamos as linhas discursivas (psiquiatria e criminologia) e as linhas de visibilidade (prisão e hospício) que atravessam e dão sustentação à própria lei. A despeito do

desemaranhar desse novelo, interessa-nos perguntar: o que põe essas linhas em relação? Como o discurso da psiquiatria e o Direito Penal entram em relação?

A Lei de Entorpecentes de 1976 não é o início de uma nova relação entre psiquiatria e Direito Penal. Ela é, antes de tudo, um marco legal de uma produção de verdade que passou a ser aplicada aos usuários de drogas. Na gênese dessa lei comparecem a criminologia e a psiquiatria empenhadas numa disputa por espaços de poder que já vinha se delineando desde a segunda metade do século XIX. Longe de qualquer neutralidade, a história nos revela que tanto o saber da psiquiatria quanto o saber da criminologia eram compostos por embates e interesses por espaços de legitimidade e controle, ou seja, no limite, todo saber implica uma relação de poder.

Só podemos compreender o discurso psiquiátrico acerca dos chamados indivíduos anti-sociais se fizermos referência ao local de constituição deste discurso, ou seja, às instituições disciplinares. A questão se situa, como já dissemos, na fronteira entre psiquiatria e a justiça penal, e será necessário remeter à prisão como uma espécie de instituição modelo [...]. (RAUTER, 2003, p. 118-119).

Apesar de afirmarmos que são duas as instituições previstas para usuários de drogas (hospício e prisão), a função de ambas era uma só: disciplinar. Tanto no caso da prisão quanto no caso do hospício, a função disciplinar garantia a docilização dos corpos, entretanto elas diferem entre si quanto as matérias que formam: doentes e delinquentes.

Segundo Foucault (1999b), a Lei é analisadora das relações de poder. Nessa perspectiva, a ação judicial que sofreu a RD em Santos é analisadora de uma série de práticas que articulam saber médico, privatização da saúde, sujeição dos usuários de drogas e instituições asilares constituindo o próprio paradigma da abstinência. O autor mostra que o Direito Penal, tal qual conhecemos hoje, surgiu com um novo regime de poder: o regime disciplinar (FOUCAULT, 1993). Como já havíamos atentado, as práticas de sujeição não podem ser apreendidas somente na figura da lei, mas sim, através dos dispositivos disciplinares que se construíram junto ao Direito Penal.

[...] em vez de orientar a pesquisa sobre o poder no sentido do edifício jurídico da soberania, dos aparelhos de Estado, e das ideologias que o acompanham, deve-se orientá-la para a dominação, os operadores materiais, as formas de sujeição, os usos e as conexões da sujeição pelos sistemas locais e os dispositivos estratégicos. (FOUCAULT, 1986, p. 186).

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. Nesse sentido, a Lei representa um impedimento parcial para as ações de RD no Brasil. Essas relações de poder

construídas em torno do usuário de drogas acabaram por conferir um sentido de luta à RD. Para que as ações de RD pudessem ganhar sustentação política, foram necessários embates e enfrentamentos contra os dispositivos de poder. 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 à Lei 6368/76.

### 1.2.3 - Moral da história: o prazer e o mal

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 e o louco. Os dispositivos disciplinares enquadram nessas categorias as pessoas que usam drogas. Desse ponto de vista, poderíamos facilmente concluir que os embates da RD acontecem, exclusivamente, contra os dispositivos disciplinares: a lei, a prisão, o manicômio etc. 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 um 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 (da carne) 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 pautavam suas práticas num discurso da razão, enquanto “cura” do anormal, fosse louco ou criminoso, a moral cristã atém-se aos desvios da “carne”, aos prazeres apetitosos.

Problematização da loucura e da doença a partir de práticas sociais e médicas, definindo um certo perfil de “normalização”, problematização da vida, da linguagem e do trabalho em práticas discursivas que obedecem a certas regras ‘epistêmicas’; problematização do crime e do comportamento criminoso a partir de certas práticas punitivas obedecendo a um modelo ‘disciplinar’. Gostaria de mostrar, agora, de que maneira, na Antiguidade, a atividade e os prazeres sexuais foram

problematizações através de práticas de si, pondo em jogo os critérios de uma ‘estética da existência’. (FOUCAULT, 1994, p. 15-16)

A problemática contemporânea dos usuários de drogas remete também a uma certa apropriação que o prazer sofreu, principalmente, na passagem da Antiguidade clássica (Grécia e Roma) para a era cristã. Não só para o cristianismo os prazeres apetitosos constituíam um problema. A *aphrodisia*<sup>6</sup> já era tema de problematização para os gregos e romanos num período anterior a Cristo. A intemperança representava um perigo para a vida na *polis*, por isso, tornou-se objeto de reflexão dos filósofos, dos sofistas e dos homens livres que se dedicavam a definir regras morais diante da voracidade dos desejos insaciáveis: *aplestía*.

A diferença entre os antigos e os cristãos gira em torno da moral pagã e da moral cristã. Para os gregos, as “práticas dos prazeres” não eram submetidas a proibições profundas e essenciais, ou seja, as regras morais constituíam uma “elaboração e estetização de uma atividade no exercício de seu poder e na prática de sua liberdade” (FOUCAULT, 1994, p. 25). Em outros termos, não eram regras proibitivas, mas sim regras de conduta frente aos prazeres que os homens livres tinham o direito de usufruir: relação sexual extraconjugal, relações sexuais com rapazes, com o próprio corpo e com a verdade. Sendo essa última um problema mais comum entre os filósofos. Os prazeres da carne: sexo, bebida e comida não eram objetos de interdição, mas de práticas de si entendidas como doses de prudência.

Coube ao cristianismo situar o prazer sob signo do mal e da morte. Dessa forma, os eixos de reflexões éticas foram justamente os que se tornaram eixos 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).

Nesses termos, a “história das moralidades” (FOUCAULT, 1994, p. 29) pode ser apreendida de duas maneiras: a primeira diz respeito aos “códigos morais” que são exercidos pelo conjunto de instituições que os estabelecem, “em tais morais a importância deve ser procurada do lado das instâncias de autoridade que fazem valer esse código, o impõem à aprendizagem e à observação, que sancionam as infrações.” (FOUCAULT, 1994, p. 29) A segunda diz respeito ao modo como os sujeitos se apropriam dessas regras, os modos de subjetivação e as práticas de si.

---

<sup>6</sup> Referente à Afrodite, a deusa do amor na mitologia grega, Vênus para os romanos. Enquanto substantivo plural significa “coisas do amor”, “prazeres do amor”.

Nesse caso, o sistema de regras e códigos pode ser bem rudimentar; a ênfase é dada, então, às formas das relações consigo, aos procedimentos e às técnicas pelas quais são elaboradas, aos exercícios pelos quais o próprio sujeito se dá como objeto a conhecer-se, e às práticas que permitam transformar seu próprio ser. (FOUCAULT, 1994, p. 30).

Apesar dessas “morais” apresentarem uma relação de reciprocidade, podemos observar que ora a ênfase recaía sobre as práticas e os modos de subjetivação, tal como na Grécia Antiga; ora sobre os códigos e a autoridade das instituições, tal como no cristianismo. Na Grécia, importava o modo como os indivíduos se relacionavam com essas regras, produzindo modos de subjetivação autônomos e singulares. Essas práticas de si constituíam a passagem da moral para a ética, ou seja, a passagem da interdição dos códigos para a estética da existência. Em contrapartida, no cristianismo a ênfase maciça incidiu sobre os códigos e as instituições, constituindo modos de sujeição. Nessa perspectiva, a moral exercia uma função de interdição do prazer e os indivíduos deveriam se reportar aos códigos obedientemente.

A exaltação da abstinência, da virgindade e do ascetismo sustenta, ainda hoje, a lógica em que se baseiam propostas hegemônicas de tratamento para pessoas que usam drogas. Ao evocarem uma explicação científica, essas propostas assentam suas práticas sobre a teia do poder pastoral da carne. Trata-se de uma malha fina, um poder capilar que, antes de fundar as práticas de tratamento, fundou a própria individualidade pecadora. Para os Gregos, o desejo estava regido por um pragmatismo: uso dos prazeres. Enquanto para os gregos o desejo só era apreendido enquanto prática, o cristianismo inventou uma hermenêutica do desejo, uma interioridade. No cristianismo, o desejo não mais se apresenta diretamente ligado às práticas de prazer e passa a fundar 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. Apesar de ele ter buscado na Grécia uma outra relação com o prazer, foi nas últimas entrevistas, antes de sua morte, quando o pensador se encontra com a problemática gay que pode-se traçar uma diagonal e situar suas análises sobre questões atuais:

Do meu ponto de vista, deveríamos considerar a batalha pelos direitos dos *gays* como um episódio que não poderia representar a etapa final. E por duas razões: inicialmente, porque um direito, em seus efeitos reais, está ainda muito mais ligado a atitudes, a esquemas de comportamento do que a formulações legais. É possível que exista uma discriminação em relação aos homossexuais, embora a lei proíba tais discriminações. É então necessário lutar para dar espaço aos estilos de vida

homossexual, às escolhas de vida em que as relações sexuais com pessoas do mesmo sexo sejam importantes. Não basta tolerar dentro de um modo de vida mais geral a possibilidade de se fazer sexo com alguém do mesmo sexo, a título de componente ou suplemento. O fato de fazer sexo com alguém do mesmo sexo pode muito naturalmente acarretar toda uma série de escolhas, toda uma série de outros valores e de opções para os quais ainda não há possibilidades reais. Não se trata somente de integrar essa pequena prática bizarra, que consiste em fazer amor com alguém do mesmo sexo, nos campos culturais preexistentes; trata-se de criar formas culturais. (FOUCAULT, 2006, p. 119-120).

O tema do prazer ganha especial relevância para Foucault a partir da problemática *gay* em que seu pensamento se encontra encarnado na construção de um novo modo de vida. Mais do que defender um direito ao prazer, o pensador propõe uma estética da existência (DELEUZE, 1992b), ou seja, um modo de se apropriar dos prazeres: “será que isso corresponde a dizer ‘liberemos nossa sexualidade’?” (FOUCAULT, 2006, p. 266). Nesse ponto, Foucault propôs uma importante distinção entre práticas de libertação e práticas de liberdade. Não se trata de uma luta por liberar a sexualidade e o desejo, o mais importante são os modos como o uso dos prazeres poderão constituir práticas de liberdade: uma ética. Foucault atenta para as práticas de liberdade que implicam a criação de novas escolhas, novos mundos. É uma aposta positiva que não se reduz às regras rígidas do direito ou da moral, mas insere os afetos no cerne das análises do poder. Não se trata também de um romantismo, é, antes de tudo, um anti-romantismo que aponta para a dimensão criativa e libertária das instituições de poder, práticas de liberdade que podem subverter as práticas de dominação:

É uma das concessões que se fazem aos outros de apenas apresentar a homossexualidade sob a forma de um prazer imediato, de dois jovens que se encontram na rua, se seduzam por um olhar, que põem a mão na bunda um do outro, e se lançando ao ar por um quarto de hora. Esta é uma imagem comum da homossexualidade que perde toda a sua virtualidade inquietante por duas razões: ela responde a um cânone tranquilizador da beleza e anula o que pode vir a inquietar no afeto, carinho, amizade, fidelidade, coleguismo, companheirismo, aos quais uma sociedade um pouco destrutiva não pode ceder espaço sem temer que se formem alianças, que se tracem linhas de força imprevistas. Penso que é isto o que torna "perturbadora" a homossexualidade: o modo de vida homossexual muito mais que o ato sexual mesmo. Imaginar um ato sexual que não esteja conforme a lei ou a natureza, não é isso que inquieta as pessoas. Mas que indivíduos comecem a se amar, e aí está o problema. A instituição é sacudida, intensidades afetivas a atravessam, ao mesmo tempo, a dominam e perturbam. Olhe o exército: ali o amor entre homens é, incessantemente convocado e honrado. Os códigos institucionais não podem validar estas relações das intensidades múltiplas, das cores variáveis, dos movimentos imperceptíveis, das formas que se modificam. Estas relações instauram um curto-circuito e introduzem o amor onde deveria haver a lei, a regra ou o hábito (FOUCAULT, 1981, p. 39).

A morte de Foucault, no início dos anos 80, não permitiu que suas análises acompanhassem a militância *gay* que se consolidou em torno da problemática trazida pelo vírus que o levou a morte: HIV. Nesse ponto, a história se divide: o surgimento do HIV

reforçou, por um lado, a moral cristã: o castigo divino sobre os pecaminosos; e por outro, tornou-se ponto de reafirmação do prazer *gay* e da criação de novas práticas de si, novos usos dos prazeres, uma nova relação de cuidado.<sup>7</sup>

É dentro deste eixo de afirmação dos prazeres que a política de RD é consolidada: uma nova perspectiva sobre o desejo e o prazer pelas drogas. (DELEUZE, 1994). Veremos como a RD foi efeito das políticas de DST/AIDS que tinham como uma das principais bandeiras a afirmação do prazer *gay*, através de luta pelo respeito e direito a homossexualidade. De um modo geral, podemos dizer que esse processo possibilitou a criação de novos pontos de vista sobre as experiências prazerosas, seja homossexual seja com as drogas. De que forma a ética *gay* produziu uma nova visada sobre o prazer das drogas? De que forma a RD, a partir da ênfase nas práticas de si, permite uma outra relação com a regra da abstinência?

Precisaremos de um percurso histórico para responder a tais questões, ou seja, buscar na história dos movimentos sociais que animaram as políticas de AIDS no Brasil a resposta para tais questões.

---

<sup>7</sup> O poder pastoral sobre a carne não se reduz ao poder da igreja. O poder não pode ser localizado, ele é um exercício que atravessa todo o tecido social.

## CAPÍTULO 2 - A SAÚDE COMO UM CAMPO DE LUTAS.

*Quem tem consciência para ter coragem  
Quem tem a força de saber que existe  
E no centro da própria engrenagem  
Inventa a contra-mola que resiste*

JOÃO RICARDO; JOÃO APOLINÁRIO ( *Primavera nos Dentes*, 1973)

### 2.1 – Plano de composição da RD: embates e alianças na Saúde Pública

No primeiro capítulo, percorremos diversos caminhos de modo a delimitar um esquema de dominação, agora analisaremos práticas que subvertem este esquema. Da mesma forma que as práticas de sujeição são constituídas por um conjunto de instituições, leis e dispositivos de poder, as práticas de resistência não podem ser pensadas isoladamente. Devemos delimitar um plano de composição que confira sustentação a essas práticas. Por isso, não chegaremos à RD de uma só vez. Precisaremos, antes, analisar algumas práticas sociais que enfrentaram o mesmo campo problemático da RD e estabeleceram um conjunto de alianças. É dentro desta linha de análise que estamos destacando a RD como uma peça na engrenagem democrática do Brasil. Entretanto, cabe elucidar com qual sentido de democracia estamos trabalhando quando afirmamos que a RD permite uma democratização das políticas de drogas.

Neste capítulo veremos alguns aspectos políticos mobilizados pelo movimento da Reforma Sanitária no Brasil, culminado na formulação do SUS. A Saúde Pública se transformou, principalmente ao longo dos anos 80, em um campo atravessado por vários movimentos sociais, definindo um novo sentido de “público”, bem como de “saúde”. Um campo em constante construção para onde convergiram diferentes práticas na produção de novos dispositivos de atenção e gestão. O SUS nos parece um grande vórtice, uma zona de convergência que produz um efeito de amplas propagações e ameaça tornar dispersa a nossa pesquisa. Precisamos delimitar, no SUS, questões que tratem de práticas que, tal qual a RD, resistam às linhas de poder que atravessam o campo das drogas. Definiremos um ponto de vista a partir de alguns movimentos sociais que compõem ativamente o SUS. De modo a tornar a pesquisa exequível, delimitamos dois movimentos que têm com a RD uma relação de proximidade: Movimento da Reforma Psiquiátrica e o Movimento AIDS. Como estes

movimentos se consolidaram no Brasil? Como eles tornaram possível o surgimento da RD? Em que medida essas práticas convergiram, em que ponto elas divergiram da RD?

Iremos acompanhar a história destes dois movimentos e entender como eles passam a incluir a problemática da droga e o método da RD. Podemos adiantar que este trajeto irá nos conduzir ao município de Santos, no ano de 1989, justamente por que foi nessa gestão que aconteceu a primeira ação de RD no Brasil. Esta ação foi implementada pelo Programa de DST/AIDS, coordenado pelo médico sanitário Fábio Mesquita, e foi um dentre outros importantes programas da Secretaria de Higiene e Saúde (SEHIG), coordenada pelo também sanitário David Capistrano Filho.

Essa evidência histórica, no entanto, não explica o modo como se deu esse encontro, nem como a RD se encontrou com a Reforma Psiquiátrica em Santos. Nossa metodologia histórica implica em situar no espaço e no tempo o modo como se deu esse encontro. A importância de Santos não deve ser reduzida ao fato de ter sido a primeira cidade a adotar a estratégia de RD como política pública, mas sim entender de que forma essa gestão municipal possibilitou um conjunto de ações que, junto à RD, passaram a intervir sobre as políticas de drogas.

A gestão em Santos é tomada como um acontecimento histórico no qual as ações em Saúde passaram a incluir um debate direto com a própria sociedade. Analisaremos como o movimento da Reforma Psiquiátrica sofreu um redirecionamento em Santos por meio das práticas de desinstitucionalização, gerando uma demanda por serviços substitutivos aos internos. Acompanharemos também a trajetória do Movimento AIDS e as inovações propostas nessa gestão. Nosso objetivo é entender como, em Santos, esses dois movimentos convergiram, à medida que alteraram algumas práticas de saúde que sujeitavam usuários de drogas. É nesse ponto de convergência, entre esses dois movimentos, que iremos situar o surgimento do método clínico-político da RD no Brasil.

### 2.1.1 - 1989 – Santos

Santos foi, por um lado, ponto de convergência de diversos movimentos sociais e, por outro, ponto de propagação de diversas experiências inovadoras para o campo da Saúde. O início da RD, em 1989, situou-se entre dois grandes marcos para a Saúde no Brasil: a constituição de 1988 e a lei do SUS em 1990. As leis constitucionais de Saúde que ganharam uma melhor formalização na Lei Orgânica do SUS têm como importante mediador as experiências santistas.

A implementação do SUS em Santos teve início no ano de 1989, quando assumiu o governo local a primeira gestão democrática popular no município. A Constituição havia sido promulgada há menos de três meses, as leis que iriam detalhar o funcionamento do Sistema de Saúde ainda não haviam sido sancionadas e havia ampla discussão sobre o seu conteúdo entre as forças progressistas interessadas na implementação do SUS [...] Portanto a história do SUS em Santos coincide com as histórias do SUS no País. Coincide no tempo, na forma de receber os repasses, nas idas e vindas dos governos federal e estadual em relação à municipalização e na luta dos secretários municipais para garantir avanços no processo de descentralização (PIMENTA, 1996, p. 29).

Antes de ser promulgada a Lei orgânica 8080/90, os profissionais de saúde, em Santos, debatiam e criavam meios concretos de realizar a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e maneiras de tornar equânimes as ofertas, de modo a incluir a sociedade na construção de um sistema de saúde que se pretendia unificado. Havia uma efervescência de experiências que foram se efetivando de uma maneira inovadora. Santos foi como um laboratório do SUS, um caldeirão de experiências que vinham sendo aquecidas por anos de lutas contra a ditadura militar. A respeito do pioneirismo da RD em Santos, Lancetti comenta:

Não é por acaso que, no Brasil, a primeira experiência tenha sido iniciada em Santos na época em que essa cidade se transformou num laboratório de invenção de políticas públicas, com sua dose de confronto com a ordem instituída. Durante o período de 1989 a 1996, Santos foi a primeira cidade brasileira sem manicômio; a primeira cidade a reverter epidemiologicamente o quadro de contágio pelo vírus da aids; a primeira cidade a criar programas de assistência domiciliar e a inventar uma metodologia de trabalho com meninas prostituídas e dependentes do *crack* etc., e também a primeira cidade a aplicar a metodologia de distribuição gratuita de seringas descartáveis. (LANCETTI, 2006, p. 79)

Vejamos o comentário de Gastão Wagner Campos (1997) na apresentação do livro *Contra-Maré a Beira Mar* que relata a experiência de SUS em Santos no período de 1989 a 1996:

Eles mesmos nunca seguiram de maneira acrítica nenhuma receita. Ao contrário, sempre se deram o direito de conhecer o que havia de mais em sugerido para enfrentamento de cada problema sanitário para, em seguida, adapta-lo à realidade de Santos. Este foi, aliás, o seu primeiro segredo: nunca se fecharam em copas, cultivaram-se relações com Itália, Canadá, São Paulo, Campinas, Icapuí, Londrina, aprendendo como todo mundo e reinventando o que os outros nem sequer fizeram antes. O modelo de Santos, neste sentido, é heterodoxo, porém funciona. Funciona defendendo a vida. Eles ousaram defender a vida no limite do possível. Por isso saíram na frente tanto em relação a distribuição de seringas para dependentes de drogas, quanto como também na aquisição de inventos tecnológicos importantes para a saúde, conforme aconteceu com as novas medicações para aids. (CAMPOS, 1997, p. 11- 12)

Não podemos esquecer que algumas políticas hoje consolidadas nacionalmente foram experimentadas pela primeira vez nesse município: a RD, a desativação do manicômio, a distribuição gratuita de remédios para a AIDS. Devemos resgatar o contexto histórico do surgimento da RD no Brasil para que não analisemos as políticas isoladamente. Para chegarmos até a RD em Santos, é necessário entender esse amplo processo da Saúde Pública animado pelos movimentos sociais, que culminou na Constituição de 1988 e na lei do SUS em 1990. Nossa pesquisa parte da hipótese de que os movimentos sociais produzem uma mudança nas políticas públicas definindo uma “zona de transversalização” entre o Estado e as minorias marginalizadas.

### 2.1.2 - Constituição, SUS e o poder constituinte

Segundo as teorias jurídicas clássicas, toda constituição é efeito de “um ato imperativo da nação, que surge do nada e organiza a hierarquia dos poderes: um poder constituinte” (NEGRI, 2002, p. 8-9). Observa-se, porém, um paradoxo: onde todo poder constituinte resiste à constituição, ele é estranho ao ordenamento jurídico e à forma da lei. Estas teorias defendem o poder constituinte como uma etapa que antecede à constituição, para, logo em seguida, ser ordenado pelo Direito. O poder constituinte, ao querer a constituição, quer senão a própria regulação e, portanto, a eliminação da própria criatividade original. O poder constituinte seria submetido a um princípio regulador, a um primado da norma e da ordem.

Segundo Negri (2002), as teorias jurídicas clássicas insistem em reduzir o paradoxo que movimenta uma constituição a um ciclo vicioso, em que o poder constituinte é sempre regulado pelo ordenamento jurídico. Enquanto o poder constituinte é o poder ilimitado da democracia, a constituição estabelece um limite, um ordenamento a esse poder. “Trata-se da reabsorção do poder constituinte pelo direito constituído através de uma máquina de vários estágios que, tornando o poder constituinte imanente ao sistema, tolhe sua originalidade criativa.” (NEGRI, 2002, p. 15).

Negri (2002) propõe uma outra teoria que subverte as teorias jurídicas clássicas. Enquanto a teoria jurídica clássica prescinde de um princípio regulador do poder constituinte, o autor propõe uma reversão, em que o poder constituinte se mantém vivo no cerne de toda constituição, sendo, portanto, coextensivo e sincrônico ao direito constituído. “Contudo, para onde vai o caráter originário e libertador do poder constituinte quando nos defrontamos com essa pesadíssima imagem do jogo político como base material da constituição?” (NEGRI, 2002, p. 19)

É que o poder constituinte transborda a própria constituição na medida em que emana de um espaço exterior ao Direito: poder da multidão. Os movimentos sociais poderão instaurar um novo arcabouço jurídico que permita a expressão da originalidade criativa do poder constituinte. No caso brasileiro, esse poder foi exercido, por um certo tempo, junto aos movimentos que se opunham à ditadura. Porém, num certo momento, tanto Estado quanto movimento social desejaram uma Constituição. Essa evidência histórica poderia nos fazer concluir que o poder constituinte, ao desejar a lei, deseja o seu fim. Mas é preciso olhar ambos os lados dessa equação: Estado e movimentos social.

Para o Direito, todo movimento de contestação, em certo momento, terá que se confrontar com o ordenamento jurídico. Desse ponto de vista, a Constituição de 1988, bem como a Lei 8080, representaria a própria regulação que os movimentos sociais sofrem através do ordenamento jurídico: “o poder constituinte deseja seu fim”. Porém, é preciso analisar o ponto de vista dos movimentos sociais, um ponto de vista do poder constituinte. Como o movimento social se posiciona para evitar que a Constituição não se torne uma regulação e eliminação do poder constituinte? No ano de 1987, um ano antes de ser promulgada a Constituição, David Capistrano comenta a respeito da Constituinte nacional:

Mas que ordenamento legal? Apenas o desenho jurídico e institucional do país, em largas pinceladas, acompanhada da proclamação abstrata de princípios (“todo poder emana do povo e em seu nome será exercido” etc.). [...] chamo de “Constituição-enganação”. (CAPISTRANO, 1995, p. 18).

Do ponto de vista do Estado, a constituição é um acordo, um consenso entre as forças progressistas e as forças conservadoras. Porém, não são com as mesmas finalidades que Estado e movimento social desejam a lei. São muitos os atores e os interesses que se encontram na formulação de uma Constituição. David Capistrano atentava para o risco de uma “Constituição-enganação” que faria prevalecer os interesses de dominação. Do ponto de vista dos movimentos sociais a “lei” não é uma finalidade, ela é uma estratégia. O Estado deseja lei para impor concessões e limites, enquanto os movimentos sociais desejam a “lei” para continuar abrindo passagens e ativando novos processos instituintes.

Mas um detalhamento excessivo atenta contra a natureza transitória, histórica, do direito e das leis. [...] Muita coisa, de início, ficará no papel, mas será a base para a continuidade de lutas pelo efetivo reconhecimento desses direitos (CAPISTRANO, 1995, p. 18).

Ao contrário da teoria jurídica clássica, os movimentos sociais desejam a constituição não para pôr fim ao seu movimento. Esta explicação só se sustenta pela expectativa e ponto de vista do Estado. Como afirma Capistrano, a lei e o direito são estratégias para manter a luta

comum viva. O poder constituinte ativado pelos movimentos sociais não é uma etapa a ser, logo em seguida, refreada pela constituição, ele é o próprio motor da democracia.

### 2.1.3 – O Público e o Comum

Segundo Negri e Hardt (2005, p. 265), “o ‘público’ torna indistinta uma importante diferença entre o controle de Estado e aquilo que está submetido à posse e gestão comum.” Os autores defendem a criação de uma estratégia e um arcabouço jurídico que apresente uma concepção de público baseada no comum e não no controle do Estado. O movimento social é, antes de tudo, a expressão de um novo modo de gestão da “coisa pública”, que faz coincidir o sentido de público ao sentido de “comum”.

O interesse comum, em outras palavras, é um interesse geral que não se torna abstrato no controle do Estado, sendo antes reapropriado pelas singularidades que cooperam na produção social biopolítica; é um interesse público que não está nas mãos da burocracia, mas é gerido democraticamente pela multidão. [...] Tudo que é geral ou público deve ser reapropriado pela multidão, tornado-se assim comum (NEGRI; HARDT, 2005, p. 268-269).

Segundo estes autores, a idéia de “comum” carrega um sentido coletivo de luta, enquanto movimento de uma “multidão”. A multidão significa um coletivo que luta em comum e encontra nos movimentos sociais sua expressão mais organizada. A “gestão comum” não torna os sujeitos iguais, pois o caráter coletivo de uma luta comum garante a expressão de singularidades, garante a própria multiplicidade que está presente numa multidão. Porém, mais do que marcar uma distinção de direito entre políticas públicas e políticas de Estado, pretendemos evidenciar as mudanças de fato. Temos então um Estado dito Republicano que governa a *res pública*, e temos também os movimentos sociais que definem uma gestão comum, uma gestão da *res communis* (NEGRI; HARDT, 2005, p. 268).

Uma questão interessante produzida pelos movimentos sociais que lutaram por uma saúde democrática no Brasil foi uma redefinição do sentido de “público”. Na luta pela garantia das funções públicas do Estado, os movimentos sociais acabaram por criar uma distinção entre políticas públicas e políticas de Estado. Poderíamos dizer que os movimentos sociais inauguraram, no campo da Saúde, um outro modo de fazer políticas públicas, diferente dos modos instituídos pelo Estado. As funções públicas instituídas sofreram uma modulação frente aos poderes constituintes dos movimentos sociais que animaram o campo da Saúde. Enquanto expressão de um coletivo organizado, o Movimento da Reforma Sanitária inventou novas formas de governo, um governo comum e coletivo dos serviços e dos bens. “Não mais

identificado a estatal, o público indica assim a dimensão do coletivo. Política pública, política dos coletivos. Saúde pública, saúde coletiva.” (BENEVIDES DE BARROS; PASSOS, 2005, p. 16). O “público”, nestes termos, não se reduz a uma função estatal, assim como as minorias, ao se mobilizarem, não se deixam sujeitar pela soberania estatal. A partir da expressão de grupos que se viam à margem dos serviços de saúde, verifica-se a dupla dimensão da “função pública”: uma constituída pelo Estado; e outra, constituinte dos movimentos sociais.

O poder da multidão não excluiu o Estado na construção das políticas, mas antes de tudo, incluiu a própria população enquanto força coletiva de crítica aos modelos instituídos. Avaliar a relação entre políticas de Estado e políticas públicas implica, antes de tudo, avaliar a relação que se estabelece entre máquina de Estado e movimentos sociais. Diremos que os movimentos sociais se posicionam numa zona de passagem entre as minorias marginalizadas e o Estado. Nesse movimento de passagem, as políticas públicas são acionadas pelo poder constituinte, à medida que o Estado abre-se para a gestão comum, para a participação social.

Todo o desafio dos movimentos sociais que participaram da formulação do SUS foi criar um arcabouço jurídico capaz de dar passagem para o poder constituinte e garantir, nela, a passagem, o caráter coletivo das políticas públicas. Noções como integralidade, equidade, participação social e universalidade não definem um limite rígido, mas sim uma abertura para que o poder constituinte possa instaurar novos agenciamentos. Nesses termos, não podemos nos furtar a afirmar que o SUS é, também, uma função do Estado, porém, uma função coletiva. Ele garante que Constituição e o poder constituinte coexistam, mantendo uma comunicação entre o Estado e a participação social. O poder dos movimentos sociais deu forma a uma lei que permitiu manter viva a luta por uma saúde democrática: a Lei orgânica 8080. O SUS é um arcabouço jurídico que não se encerra nele mesmo, ele permite uma abertura para que a democracia continue ativa e criando novas alianças. O caso brasileiro permite entender os efeitos de contágio e propagação que a multidão é capaz de produzir sobre uma Constituição. Não que a Constituição e o SUS sejam a mesma coisa, mas podemos entender que ambas são efeitos de um mesmo processo.

Não podemos, portanto, apreender a realidade de uma sociedade adotando como referência a de um texto legal. O poder constituinte deve ser analisado junto aos embates cotidianos travados em torno de questões que a própria “lei” se propõe a sustentar. Existe uma distância entre o texto da lei e a realidade social brasileira que só pode ser entendida ao considerarmos os dispositivos concretos que possibilitaram analisar como essa luta se manteve ativa.

A RD foi um efeito e, ao mesmo tempo, uma peça de engrenagem na construção de uma teia de relações que, durante as décadas de 70 e 80, atravessou o campo da Saúde. Animada enquanto movimento social, essa rede foi constitutiva de um novo sentido para a Saúde Pública. Analisaremos, então, a RD a partir do ponto de vista dos movimentos sociais frente aos aparelhos de Estado: o poder constituinte da RD.

A possibilidade de construir uma política pública sobre drogas que permita a participação dos próprios usuários vem se apresentando como um desafio para a RD, que encontrou em outros movimentos sociais importantes alianças. Apesar da Constituição e da Lei do SUS representarem um avanço da democracia, elas não foram suficientes para alterar a estrutura do Direito Penal e das relações de poder que impõe rígidas restrições no caso das políticas de saúde para pessoas usuárias de drogas. Devemos acompanhar como os movimentos sociais da Reforma Psiquiátrica e o Movimento AIDS mudaram as políticas públicas de saúde, inventando dispositivos de atenção e gestão participativos e democráticos: uma gestão comum das políticas. Nosso objetivo é entender como esses importantes movimentos possibilitaram a construção da atual Política do Ministério da Saúde de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003a), produzindo uma democratização das políticas de drogas no Brasil. De que forma a RD comparece como uma peça da engrenagem que movimenta a Saúde Pública?

## 2.2 - Políticas de Saúde Mental no Brasil

A história da Reforma Psiquiátrica no Brasil se insere no amplo processo de redemocratização do país. O aumento da dívida externa, da inflação e da desigualdade social evidenciou o fracasso do milagre econômico. Esses fatores, dentre outros, possibilitaram que setores críticos da sociedade civil voltassem a conquistar, mesmo que gradativamente, espaços nas políticas públicas durante os anos 80. Essa década foi marcada por um grande rearranjo das políticas públicas, permitindo que grupos minoritários se organizassem contra diversas formas de dominação instituídas antes mesmo da própria ditadura. É desta forma que temos a emergência de uma série de movimentos sociais que passaram a lutar contra as instituições antidemocráticas: movimento feminista, movimento negro, movimento *gay* etc. A dominação do homem sobre a mulher, do psiquiatra sobre o louco, do branco sobre o negro não se iniciaram nem terminaram com a ditadura militar, mas foram intensamente questionadas durante o período de abertura política.

No Estado totalitário, as práticas de dominação passaram a incluir todo o corpo social, limitando os direitos individuais de toda a população. O fim da ditadura permitiu acompanhar como o poder totalitário migrou para setores específicos, mas também abriu espaços de participação de grupos minoritários na gestão das políticas públicas. Esse é o caso da Reforma Psiquiátrica que passou a combater tanto o totalitarismo de Estado, quanto o totalitarismo do poder psiquiátrico. As práticas da ditadura tornaram evidente que, em certos momentos, o poder totalitário se transfigura em saber científico para legitimar sua dominação e impor limites à própria democracia. Como diriam os institucionalistas, a ditadura é um analisador, ou seja, é um acontecimento histórico que põe em análise as relações de poder constituídas.

### 2.2.1 - Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária: embates entre minoria e Estado

No caso da saúde mental, podemos afirmar que os profissionais de saúde viram-se submetidos a um exercício de poder muito próximo ao que são submetidos os pacientes psiquiátricos. A ditadura permitiu evidenciar a proximidade entre tortura e eletrochoque ou, até mesmo, entre exílio e confinamento. Alguns autores adotam como marco do início da Reforma Psiquiátrica no Brasil a greve organizada por profissionais e estagiários da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental).

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que fica conhecido como a Crise da Dinsam, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da Dinsam, todas no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), deflagram uma greve, em abril de 1978, seguida de demissão de 260 estagiários e profissionais (AMARANTE, 1995, p. 51).

Enquanto o Brasil passava por um período ditatorial, os países da Europa viviam um intenso movimento de contestação. O campo da saúde mental sofreu forte influência do pensamento de Foucault, sobretudo do que consta em seu livro *História da Loucura* (1989) que permitiu identificar o poder psiquiátrico como algo a ser combatido. A direção mais radical da Anti-psiquiatria Inglesa e da Reforma Psiquiátrica Italiana influenciou os profissionais de saúde mental que passaram a se organizar politicamente e a mobilizar outros profissionais, criando um novo movimento no cenário nacional denominado Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Uma das principais articulações desse movimento ocorreu na aproximação com um outro movimento emergente, denominado Movimento da Reforma Sanitária, que tinha como principal objetivo a criação de um sistema de saúde

democrático. A ampla luta do movimento sanitarista acabou por reformular a própria direção do MTSM, passando de um movimento de cunho trabalhista a um movimento mais abrangente de defesa dos direitos do louco enquanto cidadão, bem como de luta pela redemocratização do país.

Nesse momento, as verbas destinadas às políticas públicas de saúde se concentravam, principalmente, no Ministério da Previdência Social, que atravessava uma grande crise em função do fracasso do milagre econômico. A lenta e gradual abertura política na década de 80 permitiu que alguns militantes da Reforma Sanitária ocupassem cargos de gestão nas políticas nacionais de saúde, se configurando, essa ocupação, como uma das principais estratégias desse movimento. (BEZERRA, 1994).

A co-gestão entre o Ministério da Previdência Social e o Ministério da Saúde representou um novo acordo para o sistema de financiamento e gestão dos hospitais federais, tendo “como principais opositores os ‘empresários da loucura’ – os proprietários de hospitais psiquiátricos – que nela vêem a ameaça aos seus lucros e, também, seu poder político.” (AMARANTE, 1995, p. 64).

A política de co-gestão permitiu desarticular a privatização da saúde mental, intervindo administrativamente sobre os hospitais psiquiátricos. Além da co-gestão, o plano do CONASP (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária) produziu alterações significativas para as políticas de saúde. A criação do CONASP, datada de setembro de 1981, passou a contar com diversos atores não-governamentais (movimentos sociais), definindo uma zona de transição entre o interior e o exterior da máquina estatal. (AMARANTE, 1995, p. 65).

Dentre os atores que participaram desse processo, deve-se destacar a CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) que já numa posição de transição entre o governo, a universidade e a sociedade, contribuiu para consolidar a proposta de um Sistema Único de Saúde. Essas estratégias mesclaram um processo de redemocratização do país e uma alteração dos modos de gerir a saúde. O processo de abertura política foi acompanhado também, por uma abertura dos dispositivos de gestão.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, tonificou a luta por uma participação popular nos processos de saúde no Brasil. A inédita participação popular fez dessa conferência um marco no processo de redemocratização do país. A defesa da saúde como direito do cidadão e dever do Estado tornou-se uma das principais diretrizes desse encontro, de onde foram traçadas metas de universalização do acesso, integralidade do cuidado, equidade das ofertas, descentralização das ações e controle social.

Como efeito desse encontro, realizou-se, em junho de 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), contando com uma intensa presença das propostas sanitaristas. Apesar da constante presença da Reforma Psiquiátrica nas instâncias governamentais, setores mais críticos do MTSM incorporados aos aparelhos públicos avaliaram que suas ações acabaram por se tornar tecnicista. Quanto a esse processo comenta Amarante:

Enfim, este período ou talvez, melhor dizendo, esta trajetória do movimento da reforma psiquiátrica, traduzida pela incorporação dos quadros do MTSM ao aparelho público (...) acaba por assumir um papel que se pode definir como não mais que modernizante, ou tecnicista, ou ainda reformista, no sentido de operar reformas sem objetivar mudanças estruturais. Em outras palavras, o MTSM dá as mãos ao Estado e caminha num percurso quase que inconfundível, no qual, algumas vezes, é difícil distinguir quem é quem (AMARANTE, 1995, p. 67).

A discussão levantada pelo autor reflete o processo de diferenciação ocorrido no interior do próprio movimento da Reforma Psiquiátrica, principalmente pelos atores do MTSM. As condições que possibilitam essa enunciação nos põem a analisar os processos de produção de verdades implementados na consolidação deste movimento. A direção analisada por Amarante trouxe uma importante indicação sobre os efeitos de captura que a máquina estatal produz sobre aquilo que, no seu interior, quer se afirmar como movimento social, ou se manter como poder constituinte. Segundo Deleuze e Guattari (1997), o Estado funciona como uma máquina de captura que interioriza e paralisa os movimentos da multidão. Ao mesmo tempo, o Estado funciona como uma máquina segmentar, que, por meio de seus processos burocratizantes, cria infinitas subdivisões internas às próprias políticas. O processo de privatização da saúde que vinha sendo conduzido pela Previdência Social foi o foco de intervenção de movimentos que lutavam pela garantia de uma política pública. Não obstante, a entrada de atores do MTSM para o interior da máquina estatal trouxe uma série de desafios para o próprio movimento social.

Desta forma, paralelamente à I CNSM, o MTSM realizou algumas reuniões para discutir os rumos e as estratégias do Movimento. No documento final destes encontros, refletia-se nitidamente o caráter de renovação do Movimento, quando já chamava a atenção para a necessidade de 'desatrelamento' do aparelho de Estado, buscando formas independentes de organização e voltando-se, como estratégia principal, para a intervenção na sociedade. [...] O lema então consolidado, por uma sociedade sem manicômio, é a mais forte expressão dessa nova estratégia e desta ruptura epistemológica e política. (AMARANTE, 1995, p. 80)

Os desafios impostos pelo funcionamento estatal impuseram uma questão ao movimento da Reforma Psiquiátrica: as mudanças serão mais efetivas por meio da ocupação do interior da máquina estatal, cargos de gestão, ou, de outro modo, mantendo-se fora, junto

à sociedade, onde as possibilidades de manejo não estão atreladas ao funcionamento do Estado? Este problema marcou justamente a constituição de uma consistência do próprio movimento. Segundo esta avaliação, o “desatrelamento” da máquina estatal aconteceu em conjunto com um redirecionamento do MTSM: a luta antimanicomial ocorrida, concretamente, dois anos depois da I CNSM, no município de Santos. Em que medida a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, representou um “desatrelamento” do aparelho de Estado?

[...] em 03 de maio de 1989, o processo da reforma psiquiátrica assumiu repercussão nacional, mediante a intervenção da Secretaria de Saúde do Município de Santos na Casa de Saúde Anchieta. A partir da constatação das piores barbaridades, incluindo óbitos, neste hospital psiquiátrico privado, a Prefeitura ordenou a intervenção, com seu posterior fechamento. Isto possibilitou um processo inédito em que foram criadas as condições para a implementação de um sistema psiquiátrico que se definia como completamente substitutivo ao modelo manicomial [...] Este processo santista foi, certamente, o mais importante da psiquiatria pública nacional e que representou um marco no período mais recente da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1995, p. 83).

O que Amarante definiu como um desatrelamento do Estado pode ser agora entendido, sobretudo a partir de Santos, como um importante desdobramento da Reforma Psiquiátrica; um reposicionamento em que o movimento não se volta exclusivamente para a gestão, sobretudo nacional. Foi no âmbito das ações municipais que a Reforma Psiquiátrica encontrou seu vigor como prática social. Ao invés de significar uma ruptura, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta representou uma nova forma de ocupar os aparelhos de Estado, abrindo espaço para a gestão coletiva das ações em saúde mental.

A preocupação de Amarante quanto à estatização do movimento social permanece, ainda hoje, como ponto de extrema importância. Mas não podemos inferir que o início da desinstitucionalização significou o início da ruptura com o Estado. Não podemos concluir que a Reforma Psiquiátrica, bem como os demais movimentos sociais, possa chegar a uma solução do tipo “tudo ou nada”, ou seja, com ou sem Estado. A travessia que estes movimentos fizeram de entrada e saída, ou seja, mais na direção do Estado, ou mais na direção da sociedade, indica-nos menos um lugar (*topus*) para as políticas e mais uma atitude (*ethos*) transversal entre o dentro e fora da máquina do Estado. A questão dentro/fora da máquina apresenta uma avaliação tópica do problema: o lugar que as políticas públicas devem ocupar nos aparelhos de Estado. A partir de Santos, a abordagem tópica acerca dos movimentos sociais frente ao Estado dá lugar a uma problemática ética. A ocupação da máquina do Estado pelos movimentos sociais obrigou-nos a superar a separação dicotômica

entre o dentro e o fora, transformando a questão de “lugar” em questão de “atitude”, permitindo aos grupos que se encontram “fora” da gestão uma participação ativa nessas políticas. Em sintonia com essa perspectiva ética, esses os movimentos de reforma passaram a construir uma zona de transversalização, à medida que estabeleciam uma comunicação entre a expressão dos grupos marginalizados e o Estado, ou seja, uma gestão comum das políticas. Foi junto aos dispositivos coletivos de gestão e atenção que pudemos observar uma abertura do Estado para o seu fora, alterando as práticas instituídas e ampliando o poder constituinte da democracia. Os movimentos sociais forjaram um novo sentido de público porque inseriram uma gestão comum das políticas de saúde.

### 2.2.2 – Santos e a desinstitucionalização: do louco ao usuário de drogas

Santos produziu um redirecionamento do Movimento da Reforma Psiquiátrica, onde se vê de forma mais clara a influência Italiana em terras brasileiras. “A equipe de trabalho era composta por jovens dirigidos por Roberto Tykanori, psiquiatra recém-chegado de Trieste, Itália, com o vigor das idéias revolucionárias da Psiquiatria Democrática.” (LANCETTI, 2006, p. 39) A intervenção na Casa de Saúde Anchieta iniciou-se em maio de 1989 após denúncias de maus-tratos e mortes ocorridas no próprio hospital. O desmonte do manicômio se dividiu em dois grandes momentos: o primeiro referia-se às práticas coletivas dentro do hospital e o segundo, aos efeitos de abertura que essas ações produziram. Respectivamente, podemos, neste caso, observar uma importante distinção entre desospitalização e desinstitucionalização.

A década de 60, na Europa, foi marcada por uma série de movimentos voltados contra as instituições, sendo que alguns apresentavam um contorno mais bem definido como a Reforma Psiquiátrica e a Análise Institucional francesa. Para esta corrente, o conceito de instituição não se confunde nem com organização, nem com estabelecimento, mas se consolida num jogo estabelecido entre formas instituídas e forças instituintes. Enquanto a dimensão instituída diz respeito a uma formalização das práticas, a dimensão instituinte remete aos processos de transformação, aos processos criativos; são duas instâncias que se distinguem, porém não se separam. Esses movimentos atuavam mediante a ativação de processos instituintes presentes nas instituições, produzindo mudanças e rupturas frente às práticas instituídas. Dessa forma, no âmbito da Reforma Psiquiátrica, desospitalização refere-se ao estabelecimento e desinstitucionalização às alterações das práticas instituídas, não se limitando ao espaço do hospital, intervindo sobre a própria sociedade. Interessa à

desinstitucionalização evidenciar as relações de poder, historicamente instituídas, que excluía o louco do convívio social. No caso da Casa de Saúde Anchieta, esse processo foi ativado de dentro para fora, aumentando os “graus de transversalidade” da instituição (GUATTARI, 1985).

Segundo Guattari, quanto maior for o grau de transversalidade, maior será a força instituinte, maior a potência de transformação: a transversalidade é um coeficiente de abertura. Este conceito foi formulado a partir das experiências de grupalização que resultaram na superação de impasses manifestados em instituições organizadas por eixos verticais e eixos puramente horizontais. As linhas verticais marcam uma hierarquia, já as horizontais garantem um arranjo corporativo dentro dos diferentes níveis hierárquicos (arranjo entre internos, entre técnicos etc.). A instituição é perpassada por relações de poder que se atualizam em diferentes níveis e entre diferentes saberes. Os processos de grupalização, quando efetivos, produzem uma redefinição da função de cada um e da reorientação do conjunto. Segundo Guattari (1985, p. 96), “a transversalidade tende a se realizar quando ocorre uma comunicação máxima entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos”.

Os primeiros passos da desinstitucionalização da loucura em Santos consistiram em melhorar a situação dentro do próprio hospital, proibindo ações de violência como o eletrochoque e as celas-fortes, que eram usadas como forma de punir os pacientes. Uma importante medida foi a permissão para livre circulação dos pacientes pelos pátios internos do hospital. Alguns profissionais passaram a reclamar da falta de segurança, pois não se sentiam seguros com os pacientes “soltos”. Foi nesse cenário que passaram a se organizar espaços coletivos de decisão, espaços de gestão participativa da própria instituição. Esse evento foi tomado como analisador da própria instituição, incluindo os profissionais, os gestores e os próprios pacientes.

A desconstrução da “velha ordem” para uma real possibilidade de uma instituição mais livre, mais humana, exigia que se introduzisse uma “nova ordem”. Em outras palavras, era importante que se estabelecesse um novo padrão de relacionamento entre todas as pessoas, incluindo pacientes, funcionários, técnicos e equipe dirigente. Estabeleceu como estratégia um processo intenso de grupalização, mediante reuniões, assembléias etc. [...] Todo o período inicial foi marcado por intenso clima de reativação da subjetividade, de todos os que participavam do processo, inclusive os próprios técnicos (TYKANORI, 1997, p. 69).

Podemos observar uma sintonia entre a proposta de co-gestão adotada no âmbito nacional e a proposta de gestão coletiva vivida no âmbito local: Casa de Saúde Anchieta. Tanto no cenário nacional quanto no cenário institucional a participação coletiva ganhava destaque na construção de novos modelos de gestão e atenção. Tratava-se de um efeito de

abertura que a máquina estatal passou a experimentar com a entrada dos movimentos sociais, uma abertura para a participação coletiva. De forma esquemática, poderíamos afirmar que a gestão estaria voltada para aspectos políticos; e a atenção, por sua vez, para aspectos clínicos. No caso concreto da Casa de Saúde Anchieta, gestão e atenção constituíram uma operação integrada, gerando processos de transversalização entre a clínica e a política.

As práticas de sujeição e silenciamento passaram a ser avaliadas por dispositivos coletivos, tal intervenção produziu uma melhora significativa no quadro clínico de muitos pacientes. A reativação das subjetividades emergia como efeito dos processos de avaliação participativa, que, ao invés de avaliar os pacientes, passaram a avaliar a própria dinâmica institucional, era a própria instituição que entrava em análise. Segundo Lourau (1997), analisar uma instituição implica, antes de tudo, analisar a demanda que a sociedade deposita nessa instituição, ou seja, é preciso analisar o contexto histórico e político que confere uma função social a essa instituição; no caso dos hospícios, era a função social de excluir e confinar que deveria ser posta em análise. Em outras palavras, a Reforma Psiquiátrica criou dispositivos concretos que permitiram intervir nas práticas sociais de exclusão da loucura do convívio social. Nesse sentido, os processos de coletivização ocorridos dentro do hospital se estenderam ao campo social:

Essa intervenção teve como objetivo não apenas a melhoria das condições técnicas, ou a adequação a padrões abstratos, mas a recuperação e a afirmação da cidadania daqueles pacientes, mirando além dos muros do hospital, buscando interferir e modificar a própria sociedade (TYKANORI, 1997, p. 67).

Não bastava que os efeitos gerados pelos dispositivos grupais atinjissem somente a vida no hospital. O objetivo deixava de ser a livre circulação no interior do hospital, mudando para a livre circulação nas ruas da cidade, “todas estas modificações não teriam sentido caso não estivessem dirigidas para um projeto mais amplo. Interferir no espaço social, na comunidade.” (TYKANORI, 1997, p. 71). O processo de desinstitucionalização passa a argüir a própria sociedade, questionando publicamente a demanda por internação. Da mesma forma que o medo dos técnicos foi debatido em assembléias e reuniões, o medo da sociedade passou a ser discutido publicamente; familiares, políticos, mídia e igreja transformavam-se em atores de uma nova história da loucura no Brasil. A transversalidade experimentava sua máxima abertura no momento em que as ações de desinstitucionalização passam a incluíam toda a sociedade como campo de intervenção.

A necessidade de criar modelos de atenção substitutivos ao manicômio incluía não só o problema da loucura como o dos usuários de drogas. Dessa forma, foram instituídos o

Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e o Núcleo de Atenção ao Toxicodependente (NATS). A complexidade tanto social quanto jurídica que envolve o tema das drogas tornou imprescindível uma ação integral que envolveu não só a saúde mental, como, também, outros programas municipais. Os problemas decorrentes do uso de drogas geravam demanda, não só de tratamento, como também de moradia para meninos e meninas de rua, de prevenção ao HIV, produzindo situações que exigiam a criação de novos dispositivos híbridos e territoriais. (LANCETTI, 1996). Os modelos de atenção substitutivos ao manicômio incluíam uma série de estratégias de cuidado em saúde que vinha sendo instituída por outros programas diferentes da saúde mental, como a Casa de Inverno, coordenada pela Secretaria de Ação Social e a própria RD, coordenada pelo Programa municipal de DST/AIDS.

A potência ativada pelas experiências vividas pela Reforma Psiquiátrica em Santos se propagaram: “essa experiência caracteriza-se por uma dinâmica de contágio. Atualmente existem no Brasil mais de 130 serviços do tipo NAPS/CAPS implantados nas mais diversas regiões do país. Desde o sertão do Ceará até São Lourenço do Sul (RS.)” (TYKANORI, pg.75). A desinstitucionalização foi se consolidando como uma diretriz nacional da política de saúde mental no Brasil, porém, ao contrário do que ocorreu em Santos, os municípios engajados no movimento da Reforma Sanitária, não criaram, no princípio, um serviço especializado para usuários de álcool e outras drogas. Até então, as políticas de saúde mental para usuários de drogas eram realizadas pontualmente, sobretudo em Centros de Referência Nacional de Álcool e Drogas que mantinham parcerias com universidades federais. (MARQUES; DONEDA, 1998). Ao longo desses anos as ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de usuários de drogas foram realizadas, principalmente, pelo Programa Nacional de DST/AIDS, por meio das ações de Redução de Danos.

Os modelos de atenção para usuários de álcool e outras drogas substitutivos ao manicômio passaram a ser implementados em âmbito nacional, principalmente a partir da regulamentação da diretriz de desinstitucionalização. A assunção da desinstitucionalização como uma prática regulamentada legalmente ocorreu num mesmo instante em que a RD se torna uma diretriz nacional da política de saúde mental. Vejamos alguns marcos legais da institucionalização das práticas de desinstitucionalização e da RD no campo da saúde mental:

2001 - III Conferência Nacional de Saúde Mental que determinou a desinstitucionalização como uma diretriz nacional. Nessa mesma ocasião, a RD compareceu como uma das diretrizes a serem consolidadas pelas políticas de saúde mental nas diferentes esferas de governo, já num processo de integralização das ações de saúde mental e DST/AIDS. (BRASIL, 2002).

2001 – Sancionada a lei 10.216, antigo projeto de Lei Paulo Delgado, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (BRASIL, 2001), ampliando o processo de institucionalização de modelos substitutivos ao manicômio.

2002 - Regulamentada a portaria 336 que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, dentre eles o CAPS álcool e drogas. (CAPSad).

2003 - Por meio de ações intersetoriais no Ministério da Saúde foi formulada a Política Integral para Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003a). Foi nesse cenário nacional que aconteceu uma reativação, em âmbito nacional, da diretriz de transversalidade, que já havia sido experimentado em Santos, numa articulação entre política de DST-AIDS e política de saúde mental em torno da lógica da Redução de Danos. No próximo capítulo, acompanharemos os efeitos de hibridação que foram produzidos, nesse momento, entre o campo da saúde mental e a DST/AIDS em torno da RD.

As experiências acumuladas pelas práticas de RD indicavam um método de intervenção que, além de estar em consonância com a diretriz da desinstitucionalização, permitia uma nova concepção de cuidado em saúde para usuário de drogas: um método territorial, substitutivo ao manicômio e à própria lógica da abstinência. Devemos entender as razões históricas e políticas que possibilitaram à RD comparecer não somente como uma diretriz da política nacional de saúde mental, como, também, um método clínico-político na Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e Outras Drogas, no ano de 2003 (BRASIL, 2003a). Para chegarmos até a atual conjuntura da RD, devemos fazer uma trajetória das políticas de AIDS no Brasil.

### 2.3 - Políticas de AIDS no Brasil

Neste tópico iremos acompanhar alguns aspectos relevantes do Movimento AIDS até o ponto de encontro com a RD: Santos em 1989. Seguiremos uma metodologia semelhante àquela que utilizamos na análise do Movimento da Reforma Psiquiátrica e sua relação com a Reforma Sanitária, tendo como eixo de pesquisa as articulações feitas entre minorias e Estado. Porém, no caso do movimento AIDS, essa metodologia ganha um novo contorno, principalmente, na figura das ONGs, que representam uma forma de articulação política consistente e complexa, diferente dos modos hegemônicos de institucionalização dos “movimentos das reformas”. Acompanharemos o modo como a trajetória do Movimento

AIDS foi se consolidando no amplo processo de redemocratização do país, estabelecendo alguns pontos de encontro e de diferenciação com a Reforma Sanitária.

No período que precedeu à ditadura, principalmente nos anos 60, muitos grupos minoritários não tinham a saúde como campo de luta e articulação política. O movimento tropicalista, o cinema novo, as experiências *hippies* tinham, nesse período, uma importante conotação política, sem que isso se configurasse em organizações e instituições representativas. As experiências sexuais ganhavam novos contornos, ativados principalmente pelos movimentos feministas e movimentos *gays*, nos quais as relações entre pessoas do mesmo sexo, bem como a luta por independência sexual da mulher passaram a alterar as tradicionais instituições do casamento e da família. O sexo passou a compor com práticas libertárias, se desviando e subvertendo as regras morais que repousavam sobre o sagrado leito matrimonial e alimentavam o seio seguro da família nuclear.

A instauração do regime ditatorial na América Latina nas décadas de 60 e 70 produziu fortes alterações para essas práticas libertárias. Anos de tortura, exílio e perseguição alteraram por completo a maneira como os grupos de vanguarda se expressavam. O que outrora se fazia de forma coletiva e espontânea, passou a ser organizado politicamente por meio de sistemas de representação e, no limite, por militarização via luta armada.

Foi no período precedente à ditadura que ocorreu a emergência da saúde como elemento aglutinador de diferentes movimentos sociais. Processo esse desencadeado, principalmente, pelo Movimento da Reforma Sanitária, em que profissionais da saúde, intelectuais de esquerda e grupos minoritários iniciaram dentro de um amplo movimento na América Latina um questionamento dirigido aos poderes da medicina, à privatização da saúde e ao Estado totalitário.

Justamente nesse cenário de efervescência política surgiram as primeiras notificações de AIDS no Brasil. O fato dos primeiros infectados serem *gays* acabou por intensificar o estigma sobre essa população. Como os *gays* responderam a AIDS e ao aumento do preconceito que sofriam?

Nosso objetivo é estabelecer as relações de poder que se intensificaram a partir da AIDS e, ao mesmo tempo, discorrer sobre o modo como alguns grupos minoritários organizaram-se politicamente, produzindo importantes mudanças no cenário das políticas de saúde no Brasil.

### 2.3.1 - AIDS: Biopoder e Biopolítica

No primeiro capítulo, analisamos como a moral cristã e os dispositivos disciplinares se articulavam mediante práticas que excluíaam os usuários de drogas do convívio social. A regra da abstinência se aliava às práticas de saber-poder que procuravam controlar os usuários de drogas em espaços fechados. Entretanto, com o advento do fenômeno da AIDS, observamos uma nova articulação entre a moral cristã e outras formas de sujeição social. Ao contrário das práticas de confinamento, a partir da AIDS, a abstinência passou a ser uma regra de conduta articulada com práticas de controle a céu aberto, um controle que prescindia dos espaços fechados para ser exercido. (DELEUZE, 1992c). A moral cristã aparece, nesse novo cenário, não só articulada a práticas de confinamento, mas a práticas de controle dos modos de vida, uma regulamentação do próprio viver, um biopoder. (FOUCAULT, 1988, 1999b).

A regra da abstinência sexual passou a ser conjugada ao controle de minorias que, ao invés de serem segregadas em espaços fechados, foram marginalizadas na justa medida em que sofriam estigmatizações: “o câncer ou peste *gay*” aumentou o estigma dos homossexuais, principalmente masculinos. O poder, ao incidir sobre a vida, lançou outra violência, que não exclui a física, mas a perpassa: a violência produzida ao se associar homossexualidade à morte. No Brasil, os primeiros pronunciamentos públicos realizados pelo arcebispo Dom Manuel Salles associava a AIDS ao castigo divino que as almas pecadoras deveriam sofrer (GALVÃO, 1997).

A alteração do termo primeiro, “grupo de riscos”, para “comportamentos de riscos” revelou, antes de tudo, o caráter insidioso de um controle que definiu como promíscuo e perigoso os estilos de vida dos *gays*, dos usuários de drogas, dos travestis, das prostitutas e passou a controlar não os corpos, mas a própria subjetividade. Não a AIDS em si, mas as relações de poder delimitaram um regime de controle que definiu algumas práticas prazerosas como risco para a existência da própria vida humana.

Entretanto, ao longo da história da AIDS no Brasil, podemos assistir a uma intensa mobilização desses grupos minoritários, que, ao invés de se absterem dos prazeres que usufruíam, dedicaram-se a criar outras formas de cuidado, afirmando seus estilos de vida como bandeira política. Os *gays*, os travestis, as prostitutas, os usuários de drogas e também as pessoas infectadas pelo HIV viram-se impelidos a criar novas políticas afetivas, novas políticas desejantes, tanto no campo da saúde quanto nos diferentes espaços sociais.

Nesse ponto, é importante marcar uma distinção entre biopoder e biopolítica (BENEVIDES DE BARROS; PASSOS 2001). Se, por um lado, constatamos que a vida se

tornou ponto de incidência de poder, por outro, devemos traçar uma trajetória dos movimentos organizados que construíram incessantemente uma política a favor da vida: uma biopolítica. Produzindo desvios existenciais que subverteram as próprias relações de poder, a biopolítica mobilizada pelos grupos estigmatizados gerou um fortalecimento de redes de cooperação, ampliando a interação entre realidades locais, nacionais e internacionais, invertendo o sentido de “grupos de riscos” para o sentido de “grupos cooperativos” e alterando o sentido de contágio de morte para contágio como ampliação da vida. O que se observou, a partir de então, não foi uma mudança coletiva de comportamentos sexuais, mas sim uma mudança coletiva de posição ética e política. Dessa forma, muitos comportamentos até foram alterados, mas, de forma secundária, atrelados a uma luta política comum, uma luta a favor da vida.

Apesar dos grupos organizados estabelecerem uma distinção entre biopoder e biopolítica, essas duas direções devem ser pensadas a partir dos atravessamentos concretos que definiram uma direção para as políticas de AIDS no Brasil. Dessa forma, tal distinção não deve ser apreendida de forma maniqueísta, como se pudéssemos estabelecer, de uma vez por todas, quais instituições exercem o biopoder e quais exercem uma biopolítica. As relações de poder produzem campos abertos de interação que necessitam ser avaliados a partir das histórias concretas que compuseram o movimento AIDS.

Veremos que o protagonismo se tornou uma marca fundamental para esse movimento na consolidação de uma política de AIDS democrática e participativa. Além do protagonismo que ativou as políticas de AIDS, devemos situar essa construção dentro do amplo processo de redemocratização e da consolidação de um sistema de saúde democrático.

### 2.3.2 - Movimento AIDS e Reforma Sanitária: embates entre minoria e Estado

Segundo Parker (1997, 2000, 2002) a afirmação do modo de vida *gay* ganhou maior expressão política a partir do surgimento da AIDS. No Brasil, esta afirmação se conjugava à organização de lutas por uma resposta do Estado frente a esta doença, conferindo maior consistência para a própria causa homossexual. O movimento *gay* pressionava os órgãos públicos, exigindo respostas das autoridades políticas para enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS, dentro de um cenário que se caracterizava pelo início das lutas pela democratização da saúde.

Em 1983, um grupo de militantes do movimento pelos direitos dos homossexuais do Estado de São Paulo procurou a Secretaria de Saúde (SES) para cobrar uma posição diante de um problema novo e inquietante, detectado em nosso meio já então bastante veiculado pelos meios de comunicação: a ocorrência de AIDS.

A resposta da Secretaria veio através da constituição de um grupo de trabalho composto por técnicos de diversas áreas da instituição. Compunham este grupo médicos sanitaristas, infectologistas, especialistas da área de laboratório e social. (TEIXEIRA, 1997, p. 44)

O movimento sanitarista, no Estado de São Paulo, criou condições favoráveis ao que, na saúde, se apresentava como movimento minoritário (homossexuais), constituindo um grupo de trabalho que, além de técnicos, contava com a participação ativa dos *gays*. A articulação entre profissionais de saúde progressistas e movimento *gay* criou um primeiro modelo de atenção para as pessoas infectadas pelo HIV/AIDS, em que as ações de saúde foram permeadas por um intenso tom político e democrático. O método de gestão coletiva se propagou por diferentes municípios do Brasil e por outros países latino-americanos. (TEIXEIRA, 1997).

Podemos destacar um ponto importante desse percurso, quando os grupos organizados de *gays* (Somos e Outra coisa) se recusaram a compor, diretamente, com as primeiras equipes técnicas de atenção ao HIV/AIDS, apesar do clima favorável criado pelo movimento sanitarista.

Os grupos organizados “Somos” e “Outra Coisa” apesar de não aceitarem o convite para compor com a equipe técnica foram importantes atores para dar direção política ao programa: Acima de tudo, trouxeram para o programa a marca da luta contra o preconceito e a discriminação (TEIXEIRA, 1997, p. 48).

Por que o movimento *gay* se recusou a compor com a equipe técnica? Por que se recusou a entrar na máquina do Estado, apesar do clima favorável? Responder a estas questões nos coloca diante de uma vulnerabilidade metodológica, uma vez que não podemos retomar as razões que mobilizaram essa tomada de posição. Dessa forma, não podemos nos valer das causas dessa decisão, mas sim dos efeitos que ela produziu. De modo geral, observamos que essa tomada de posição encontrava-se em total sintonia com a constituição de uma importante via institucional. Profissionais de saúde, *gays*, pessoas infectadas pelo HIV e intelectuais de esquerda criavam, naquele momento, um modo de gestão das políticas de AIDS sem estarem diretamente atrelados ao Estado.

É assim que, de uma série de reuniões organizadas pelo Programa Estadual e abertas ao público, que vem a ser criada a primeira organização não-governamental voltada exclusivamente para as questões relativas à epidemia de AIDS: O Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS – GAPA, fundado oficialmente em abril de 1985. (TEIXEIRA, 1997, p. 54)

A fundação do GAPA, que ocorreu em abril de 1985, marcou o início de uma nova fase das políticas de AIDS, que viria a se tornar uma tendência nacional. (PARKER, 1997; TEIXEIRA, 1997). À criação da primeira ONG/AIDS, sucedeu-se o surgimento de muitas outras, o que fez com que se definisse um redirecionamento para o recente movimento AIDS. Essa nova via institucional representou uma diferença frente aos movimentos que, apesar de recentes no cenário nacional, já tinham, naquele momento, conquistado consistência política, haja vista a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, movimentos originados nas duras épocas da ditadura. A bandeira de “Saúde e Democracia” inseriu a Reforma Sanitária num contexto diferente daquele do movimento *gay* que não tinha a saúde como campo privilegiado de luta e articulação política. O processo de institucionalização da Reforma Sanitária se diferenciou do modo como o Movimento AIDS se constituiu. Enquanto aqueles se inseriam num amplo debate sobre os modelos instituídos de gestão e atenção da saúde, este surgiu por pressão de pessoas que até então não tinham uma inserção no campo problemático saúde pública.

Como vimos no início deste capítulo, a democratização da saúde era uma direção política tanto da Reforma Psiquiátrica quanto da Reforma Sanitária, movimentos que se consolidaram praticamente juntos, inseridos num amplo debate de abertura política. Já o Movimento AIDS se viu às voltas com um processo absolutamente instituinte, o que levou à criação de modelos de atenção e gestão inéditos. Essa trajetória resultou numa outra forma de institucionalização que, em certos pontos, se encontrou com uma tendência geral de constitucionalização dos movimentos das “reformas” mas, em outros momentos, se distinguiu dessa trajetória hegemônica. A direção democrática da Reforma Sanitária criou importantes pontos de convergência, principalmente quanto à direção de inclusão de minorias marginalizadas. No entanto, a institucionalização do movimento da AIDS criou pontos de divergência, à medida que as ONG/AIDS representavam uma nova alternativa, diferente daquelas adotadas pela Reforma Sanitária. O movimento ONG/AIDS produziu um duplo desdobramento, um que convergia com a direção geral de consolidação do SUS e um outro que seguia direção oposta.

Questões como controle de transfusão de sangue e a atenção em hospitais gerais para pessoas infectadas foram temas que convergiam para um plano mais geral dos processos de gestão na esfera federal que já vinha sendo alterado pelo movimento sanitarista desde o início da década de 80.

Até 1986, quando foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que viria a implantar as bases do Sistema Único de Saúde vigente, as SES eram tidas como responsáveis pelos 'problemas de saúde pública', enquanto o INAMPS era o responsável pela assistência médica da população. O estado contava com poucos hospitais próprios, insuficientes para atender a crescente demanda gerada pelos casos de AIDS, o que fazia com o apoio dos hospitais universitários. Ao ser solicitado a incorporar a rede de assistência aos pacientes, o INAMPS declarou que o problema não era de sua alçada ou responsabilidade, por tratar-se de um 'problema de saúde pública' e, portanto, das secretarias de saúde, conforme notificou o jornal *Folha de São Paulo*, em 26.5.85 (TEIXEIRA, 1997, p. 53).

O problema administrativo entre as esferas estaduais e a federal de saúde se colocava, nesse momento, como ponto de difícil embate para as recentes políticas de AIDS. O processo de co-gestão entre o Ministério da Previdência Social e o Ministério da Saúde, estudado no início deste capítulo, indicava que a entrada de atores da Reforma Sanitária na máquina estatal permitiu que a luta das ONGs/AIDS encontrassem reverberações positivas na gestão nacional das políticas de saúde.

Um outro ponto importante e não menos tenso que abrange a saúde de uma forma geral consiste nas lutas levantadas pelas ONGs/AIDS para evitar a contaminação de HIV por transfusão de sangue.

Em junho de 1986, sob pressão da opinião pública, da ONG paulista Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA) e de instituições privadas de saúde, a Assembléia Legislativa aprovou lei que tornava obrigatória a triagem sorológica para HIV em todo o sangue a ser transfundido no Estado de São Paulo (Lei n 5/90 de 20.6.86). A regulamentação da lei, no entanto, foi protelada e sua aplicação foi irregular até o final do ano de 1987. (TEIXEIRA, 1997, p. 53)

A partir destes exemplos, observamos como as ONGs se tornaram instituições políticas importantes, pois criaram estratégias de atuação contemporâneas ao fenômeno complexo da AIDS, seguindo um padrão dinâmico, tal qual o padrão de dispersão do HIV. A ONG significou um meio de consistência das políticas de AIDS que encontrou uma parceria fundamental na Reforma Sanitária, embora guardando certa diferença frente à mesma.

### 2.3.3 - Encontros e desencontros entre AIDS e SUS

As diferenças entre os processos instituintes do Movimento AIDS e os da Reforma Sanitária não se resumem ao papel das ONGs. O caráter pioneiro das ONGs consolidou uma importante direção ética para as políticas de AIDS no Brasil. O protagonismo dessas ações permitiu que, desde o início, as ONGs estivessem articuladas tanto a organizações internacionais quanto às políticas estatais. Algumas ONGs contavam com a participação direta de representantes de órgãos financiadores de outros países que, em poucos anos,

passaram a compor o quadro de profissionais do próprio Programa Nacional de DST/AIDS, fundado em 1986<sup>8</sup> (GALVÃO, 2000).

Essas articulações tornaram-se mais intensas a partir de 1992, quando, após a desastrosa fase Collor, atores críticos do movimento ONG/AIDS começaram a coordenar as ações nacionais. (TEIXEIRA, 1997; PARKER, 1997; GALVÃO, 2000). Nesse mesmo ano, o Brasil investiu no estabelecimento de políticas de empréstimos com o Banco Mundial,<sup>9</sup> que financiou os primeiros projetos de Redução de Danos.<sup>10</sup> (MARQUES e DONEDA, 1998). A partir desses empréstimos, as distinções entre as políticas de financiamento do PN de DST/AIDS e as políticas de financiamento do SUS foram acentuadas (GALVÃO, 1997, 2000; PARKER, 1997). Dessa forma, destacamos três níveis de articulação para as políticas de AIDs no Brasil:

1º. – Nível local – ativado principalmente pelas ONG, criando modos de gestão e atenção singulares.

2º. – Nível nacional – Programa Nacional definindo políticas de financiamento e gestão nacional.

3º. - Nível internacional – Banco Mundial estabelecendo linhas de empréstimos para os Estados nacionais; a Fundação Ford criando linhas de empréstimos destinadas diretamente para ONGs<sup>11</sup>; ONU e OMS definindo diretrizes políticas mundiais; empresas farmacológicas transnacionais interferindo nas políticas de distribuição gratuita de medicação.

Estes três níveis, além de serem internamente heterogêneos e criarem, entre si, diferentes articulações (ONG com ONG, Banco Mundial com as empresas farmacológicas, PN – DST/AIDS e o Ministério da Saúde), não cessam de se comunicar e de intervir um sobre o outro, alterando, dinamicamente, as direções políticas.

Dessa forma, as políticas de HIV/AIDS encontram-se imersas num plano problemático, que, em parte considerável, se distingue de outros programas do Ministério da Saúde e das diretrizes do próprio SUS, sobretudo das diretrizes de financiamento e gestão regularizadas na Lei 8142 de 1990. As diretrizes de descentralização e regionalização da gestão dos recursos sempre foram e continuam sendo alteradas por diferentes portarias que buscam aumentar a eficiência das políticas de financiamento: a Norma Operacional Básica –

---

<sup>8</sup> Destaque para a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), fundada em 1986 e coordenada por uma pessoa assumidamente soropositivo: o Betinho.

<sup>9</sup> Os empréstimos do Banco Mundial para o projeto AIDS I (Projeto de Controle da AIDS e DST) começaram a ser negociados em 1992, sendo oficialmente iniciado em 1994. (GALVÃO, 2000).

<sup>10</sup> Cabe destacar que, nesse momento, Fábio Mesquita, responsável pelas ações de RD em Santos no ano de 1989, entrou para o quadro de gestores do Programa Nacional de DST/AIDS

<sup>11</sup> ABIA, os GAPAs do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia e o Pela Vida. (GALVÃO, 2000. p. 97)

NOB SUS/96, a Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS SUS/2002, e, a mais recente, o Pacto Pela Saúde 2006. Tais meandros fizeram das políticas de financiamento um tema cada vez mais complexo e extenso, principalmente quando consideradas as particularidades do PN DST/AIDS. Embora não seja objeto de nossa investigação, importamos realizar alguns apontamentos sobre as políticas de financiamento que podem e devem ser retomados em pesquisas futuras.

A partir desses três níveis de articulação política, podemos destacar três importantes direções assumidas pelo PN DST/AIDS que se atravessaram e definiram algumas diferenças em relação às políticas de financiamento do SUS:

1º. - a criação, em 1992, do Setor de Articulação com ONGs, que possibilitou formas de financiamento não contabilizados nos fundos municipais (GALVÃO, 2000);

2º. - a adoção de uma política vertical, ao invés de uma política descentralizada (MATTOS, 2004);

3º. - os empréstimos do Banco Mundial que definiam um montante de recursos não oriundos do Fundo Nacional.

Essas três estratégias do PN - DST/AIDS foram consolidadas a partir de embates entre as diferentes esferas políticas, num plano de atravessamento entre as direções internacionais e as mobilizações nacionais. As políticas de gestão e financiamento foram implementadas nesse caldo heterogenético de múltiplos vetores de intervenção e articulação.

Esse tipo de articulação foi fundamental para o sucesso das políticas de AIDS no Brasil, à medida que, as ações nacionais não se subordinavam às direções internacionais, principalmente, não cedendo às pressões do Banco Mundial e às pressões das empresas farmacológicas. “Várias agências internacionais recomendavam que o dinheiro público só deveria ser utilizado na prevenção, garantindo uma relação custo/benefício mais vantajosa o que não ocorreria com o tratamento”. (CAMARGO JÚNIOR, 2004, p. 22). As linhas de financiamento internacional determinavam um limite rígido de ação para os projetos nacionais: uma “ditadura das políticas globalizadas.” (GALVÃO, 2000, p. 106-111).

Porém, esse quadro foi constantemente alterado no cenário nacional, tendo como duas importantes datas:

1º. - 1996, quando o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Combate à AIDS e garantiu o acesso universal ao tratamento com medicações anti-retrovirais;

2º. - 2007, o Brasil determinou a licença compulsória (quebra de patente) sobre o medicamento Efavirenz, produzido pelo laboratório Merck, viabilizando, assim, a importação e a produção da versão genérica desta medicação.

Embora as políticas instituintes de AIDS tenham divergido das diretrizes de gestão pactuadas na Lei 8142/90, elas convergiram para os princípios pactuados na Lei 8080/90: universalidade do acesso, integralidade do cuidado e equidade das ofertas. Além disso, a participação social foi um princípio ativado pelas minorias, despontando na consolidação de modelos de atenção e gestão coletivos. O protagonismo das ações e o pioneirismo das ONGs/AIDS permitiu um conjunto heterogêneo de estratégias de intervenção e cuidado.

#### 2.3.4 - Santos: a capital da AIDS

Por abrigar o maior porto da América Latina, Santos se transformou em um centro de intensas trocas e de circulação, ligando o Brasil ao mundo, porta de entrada e saída, lugar de passagens e de encontros de todas as naturezas que podemos imaginar. Santos despontou, na década de 80, como um dos municípios com maior índice de infectados pelo HIV (20% dos casos nacionais e 38% dos casos no estado de São Paulo) e uma das principais portas de entrada da AIDS no Brasil.

949 casos confirmados de AIDS foram relatados só em Santos, gerando uma incidência acumulada (1985-1991) de 173,6 por 100 mil habitantes. Trata-se da maior incidência *per capita* do HIV/AIDS que se tem notícia no Brasil. Por esse motivo, os jornais e a televisão identificaram Santos – e, mais especificamente, a zona de prostituição e tráfico de drogas próximas ao porto, de péssima reputação – como “Capital da AIDS” no Brasil. (ADAIR, 1994, p. 69).

Este quadro foi radicalmente alterado a partir do ano de 1989, quando foram inventados novos dispositivos de saúde que serviram de exemplo à história da AIDS no SUS. Santos teceu uma rede ativada pelas práticas coletivas que incluía as minorias marginalizadas na vida cotidiana da própria cidade. As ações de prevenção e tratamento para DST/AIDS foram tão inovadoras e tão polêmicas quanto as ações de Saúde Mental, à medida que a direção era a mesma: “intervir na cidade”. O debate público e aberto com a sociedade civil e o acesso à informação e educação são exemplos de políticas que foram adotadas na direção de incluir a cidade no tema do HIV/AIDS. A criação de novas instituições e novos dispositivos para prevenção e tratamento de DST/AIDS também gerou embates, mas não impediu que uma rede consistente fosse criada.

No ano de 1989, foi criada a Policlínica do Centro Velho, bairro onde se concentrava as profissionais do sexo. Pensada, inicialmente, como um ambulatório para DST/AIDS, essa policlínica foi ampliada em função do crescimento da demanda por atendimento nessa região. A violência contra populações mais vulneráveis ao HIV se agravou quando o problema da

AIDS veio à tona. Frente a essa situação “considerou-se vital uma intervenção que pudesse modificar a atitude da população diante dos portadores de HIV e aos doentes.” (ANDRADE, 1997, p. 179). Uma iniciativa mais política e acolhedora do que meramente preventiva e medicamentosa ocorreu com a criação da Casa de Apoio e Solidariedade ao Paciente de Aids (CASA), em “um bairro elegante da cidade, para acolhimento de pacientes em situação de abandono, portadores assintomáticos, na maioria usuários de drogas, por meio de uma abordagem psicossocial.” (ANDRADE, 1997, p. 179).<sup>12</sup>

Novamente instaurou-se grande polêmica, pois os moradores do bairro, inflamados pela imprensa local, mobilizaram-se pelo fechamento do serviço, com base em argumentos econômicos (a desvalorização que acarretaria aos imóveis próximos), ou alegando a presença de ‘pessoas estranhas’ no bairro, até a pura e simples discriminação. A afirmação da solidariedade e a defesa do direito de todas as pessoas à vida foi levada “(sic)” com empenho e passou a conquistar adesão na cidade até que o serviço conseguiu estabelecer-se plenamente. (ANDRADE, 1997, p. 179).

Além da CASA, muitos outros serviços foram montados, em Santos, até o ano de 1996, alterando o quadro da epidemia. Em Santos podemos ver importantes desdobramentos gerados por uma gestão municipal comprometida com os princípios e diretrizes do SUS, na qual a descentralização não representou um embaraço para as políticas de HIV/AIDS. Dessa forma, as ações construídas em Santos tornaram-se modelo de atenção para HIV/AIDS no SUS, como, por exemplo, o Centro de Referência a Aids (CRAIDS), que funcionava nos moldes do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em AIDS.

Nesta época Santos já contava com um laboratório especializado para exames em DST/AIDS e implementava a distribuição gratuita de medicamentos. Tais medidas só viriam a ser adotadas pelo Programa Nacional em 1996.

O laboratório tem permitido ao CRAIDS a realização de uma série de inovações terapêuticas e a implementação de novas tecnologias no tratamento de aids, como o recente início do uso da combinação medicamentosa anti-retroviral, o chamado “Coquetel”. Vale referir, que quando do aparecimento do AZT, Santos foi também o primeiro município brasileiro a usá-lo para seus pacientes. (ANDRADE, 1997, 182).

Além deste podemos citar outros importantes serviços de atenção e tratamento para o HIV/AIDS que tinham o território como direção para suas ações:

Um Hospital-Dia com quatorze leitos para evitar a internação hospitalar “clássica”; o Programa de Internação Domiciliar (PID); a Seção de Educação e Pesquisa em Saúde (SEPS)

<sup>12</sup> O atendimento ao usuário de drogas ocorria tanto em serviços de saúde mental quanto em serviços de acolhimento aos portadores do HIV

que realizou Estudo de Corte com Trabalhadores Portuários; Estudo de Soroprevalência do HIV em Trabalhadores do Sexo; uma Unidade Móvel; o Projeto Aids nas Escolas; Estudo de prevalência de DST/Aids em população encarcerada do município de Santos; um Núcleo Integrado de Criança (NIC); a Casa de Apoio Infantil Oásis (CAIO), onde crianças portadoras de HIV eram acolhidas.

As instituições de tratamento para usuários de drogas, criadas tanto pelo programa de saúde mental quanto pelo programa de DST/AIDS, apesar de enfrentarem uma série de embates, não foram impedidos judicialmente de funcionar. O caso mais repressivo que a própria Secretaria de Higiene e Saúde enfrentou por parte dos aparelhos jurídicos foi na implementação das ações de Redução de Danos.

### 2.3.5 – AIDS e Drogas: RD em Santos

Embora os primeiros casos de AIDS tenham sido notificados, oficialmente, em 1981, foi somente no ano de 1987 que a transmissão de HIV pelo uso de drogas injetáveis ganhou evidência epidemiológica no cenário nacional. (TEIXEIRA, 1997, p. 62). Parte dessa demora ocorreu em função da política antidrogas que marginalizava os usuários, ou seja, distanciava esta população de outros serviços de saúde que não fossem os hospitais psiquiátricos. Em poucos anos, o uso desprotegido de drogas injetáveis acabou se tornando uma das principais vias de transmissão do HIV.

Se, por um lado, Santos era porta de entrada do HIV, por outro era uma das principais portas de saída do tráfico de drogas entre a América Latina e a Europa. Após as invasões norte-americanas na Colômbia, as rotas dos fluxos de cocaína foram alteradas, principalmente, para o Brasil. (BATISTA, 2001). Santos passou a ocupar um ponto estratégico para a rota do tráfico de drogas. Em função de inúmeras apreensões sofridas pelo tráfico, a droga que não era exportada acabava sendo comercializada por um baixo preço, tornando o acesso mais fácil. Os fluxos de drogas se transformaram em um problema de saúde pública que acabou se agenciando aos fluxos de transmissão de HIV/AIDS. Em pouco tempo, a principal via de transmissão de HIV nesse município era o compartilhamento de seringas devido ao uso de drogas injetáveis, principalmente a cocaína (ADAIR, 1994, p. 77). A transmissão de HIV por essa via compreendia 51% do total de casos de infectados na cidade (MESQUITA, 1991).

Cabe destacar que, por ser a cocaína a droga injetável de predileção no Brasil, e não a heroína, o risco de contaminação torna-se bem maior, por dois motivos: o primeiro está

relacionado ao efeito da dose da cocaína injetável, que é relativamente curto em comparação ao uso injetável da heroína, o que estimula, portanto, a ocorrência de mais de uma aplicação em uma sessão de uso da droga; a segunda diz respeito a razões econômicas, pois o uso endovenoso da cocaína tem um efeito mais intenso e mais rápido do que o uso inalado, fomentando o compartilhamento da seringa por um grande número de pessoas em uma mesma sessão de uso da droga (BUENO, 1998).

AIDS e drogas conjugaram uma complexa demanda para a saúde pública, que encontrou, na RD, um dispositivo capaz de transversalisar estes dois vetores: em linhas gerais, podemos afirmar que foi no encontro destes dois problemas estigmatizados de saúde que a RD se constituiu. O atendimento clínico para pacientes com AIDS foi, inicialmente, realizado numa Unidade de Saúde, quando aconteceram os primeiros contatos com usuários de drogas injetáveis:

Em julho de 1989, começamos o atendimento clínico para pacientes com AIDS em uma Unidade de Saúde então municipalizada, onde já era prestado atendimento a doenças infecto-contagiosas e sexualmente transmissíveis. Nesta unidade (Centro de Saúde Martins Fontes), inicia-se nosso contato com usuários de drogas injetáveis (UDIs) que, na maioria das vezes, apresentavam sorologia positiva para o HIV. (BUENO, 1994, p. 205)

De acordo com relatos do próprio coordenador de DST/AIDS, Fábio Mesquita, já havia uma parceria com as ações em saúde mental, por entenderem, desde essa época que existia uma direção comum tanto para os NATs quanto para a RD, independente de serem ações provenientes de campos aparentemente distintos. “Trabalhamos neste momento, junto a Equipe de Saúde Mental, na idéia de ampliar as formas de ‘tratamento’ ao abuso de drogas que já são oferecidas timidamente neste município.” (MESQUITA, 1991, 52).

Nessa gestão, havia uma abertura de comunicação entre os diferentes programas de saúde e entre outras secretarias municipais, bem como com outros estados e países. Não podemos falar da RD em Santos sem abordar o caráter transversal que as políticas públicas assumiram nesta gestão.

As ações de prevenção às DST/AIDS revelaram um novo ponto problemático para o campo da saúde mental, até então, ainda não explorado. Elas trouxeram à tona uma nova população (usuários de drogas injetáveis e usuários de crack). Enquanto as ações de saúde mental se voltavam para a criação de modelos substitutivos ao manicômio, as políticas de DST/AIDS indicavam a existência de um outro campo de atuação também merecedor da cobertura dos serviços de saúde mental: o território. A RD surgiu no limiar desses dois campos, na interface entre DST/AIDS e saúde mental e tornou-se um importante indicador

para a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas dos serviços de saúde.

Durante o primeiro Seminário de Aids do município de Santos (1989), foi anunciado, publicamente, as ações de RD, na época, denominada Programa de Troca de Seringas (PTS). Antes mesmo que o PTS pudesse ser implementado, a própria Secretaria de Higiene e Saúde passou a sofrer ataques da mídia, da igreja e, principalmente, da justiça.

Dois processos da Promotoria Pública, um criminal (arquivado por falta de provas) e outro civil (em curso), abortaram a iniciativa respaldada na experiência internacional. As acusações eram de facilitação do uso de entorpecentes e gasto de dinheiro público com usuário de drogas. Essa última afirmação tenta classificar o usuário de drogas em um cidadão de segunda categoria que não merece a saúde como dever constitucional do Estado. (MESQUITA, 1991: 51)

Cabe ressaltar que essas ações foram levantadas contra o próprio secretário de saúde, David Capistrano e contra o coordenador do Programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita, que, sob a ameaça de prisão, suspenderam o PTS. Ao contrário do que ocorreu com o NATs e a CASA, que ofereciam tratamento para usuários de drogas, o PTS sofreu retaliação judicial. No próximo capítulo, observaremos que a RD iniciava um trabalho pioneiro com essa população, uma nova proposta de cuidado que surgia desatrelava tanto da proposta de abstinência quanto da proposta de tratamento.

Veremos como a proposta de cuidado em saúde da RD equivocou a abstinência como única direção clínica a ser adotada. Porém, ainda mais radical do que equivocou a meta da abstinência, a RD põe em evidência que nem todas as pessoas que usam drogas necessitam de tratamento. A proposta de cuidado da RD põe em evidência uma multiplicidade de experiências com as drogas que não se reduzem a categoria de doença. A RD inclui tais possibilidades que não se enquadram na categoria de doença e para tais oferece estratégias de cuidado que buscam respeitar a opção individual ou coletiva de usar drogas. A partir destes exemplos podemos concluir que a repressão que a RD sofreu não deve ser entendida pura e simplesmente pelo fato de se opor a obrigatoriedade da abstinência, uma vez que estas instituições, como, por exemplo, o NATs não trabalhavam dentro de um paradigma da abstinência. Da mesma forma não devemos concluir rapidamente que a RD sofreu uma ação judicial porque passou a distribuir seringa descartável. Devemos nos perguntar que tipo de proposta ética e política a troca de seringa inaugura no campo da saúde e que, ao contrário dos centros de tratamento, foi inadmissível para a justiça.

Veremos no próximo capítulo que através da troca de seringa a RD consolida um método de cuidado que se opõe não só a imposição da abstinência, mas também a

imposição de que toda pessoa que usa drogas deve se tratar. Iremos pesquisar que a troca de seringa equivoca os lugares instituídos da clínica, os lugares instituídos pelas propostas de tratamento, produzindo, assim, um novo lugar para os usuários de drogas diferentes do lugar de doente e/ou de paciente.

A ação judicial marcou o momento em que as políticas de HIV/AIDS se depararam com o limite imposto pela justiça. No primeiro capítulo, analisamos o conjunto de instituições que teceram, através da lei, uma relação de poder sobre os fluxos de drogas. Tanto o campo da saúde mental quanto o campo das DST/AIDS se deparam, em Santos, com a linha “dura” do poder sobre as drogas. As ações em saúde para pessoas usuárias de drogas estavam restritas aos hospitais psiquiátricos e fazendas terapêuticas, dessa forma, tanto as inovações impostas pela Reforma Psiquiátrica quanto as propostas de prevenção e cuidado propostos pelas políticas de DST/AIDS produziram importantes modulações nesse cenário.

A militância antimanicomial e a militância da AIDS produziram importantes avanços, construíram novos modelos de atenção, alteraram paradigmas morais vigentes, consolidando um plano de consistência para o surgimento de políticas de saúde defensoras dos direitos das pessoas que usam drogas, permitindo que a universalidade do acesso fosse exercida de forma equânime e integral.

Neste cenário de desinstitucionalização do modelo hospitalocêntrico e institucionalização de modelos de atenção territoriais que foi dado o “ponta-pé inicial” da RD no Brasil. Foi, também, nesse contexto que a saúde pública encontrou territórios antes inexplorados: territórios existenciais fora da lei, territórios *undergrounds*. (BUENO, 1998). Nesse ponto, o campo da saúde deparou-se com um plano problemático, extremamente contemporâneo, que exigia a criação de estratégias inéditas. AIDS e drogas se encontravam nodulados de tal forma a territórios marginais que, ao se voltar para esse ponto problemático, a RD consolidou-se como um importante método capaz de conferir concretude a um novo paradigma para as ações de saúde voltadas para a atenção a usuários de drogas.

A RD aponta para uma proposta de cuidado territorial, imprimindo um desafio para os modelos de clínica que se apóiam nos limites concretos dos estabelecimentos de saúde. De modo geral, podemos dizer que a RD apontará, incessantemente, para uma população marginalizada que não encontra nas instituições públicas um lugar de referência e acolhimento. Pesquisamos, desde o primeiro capítulo, os problemas clínico- políticos impostos pelos fluxos de drogas, criando limites concretos para as ações em saúde voltadas para a atenção de pessoas que usam drogas, sobretudo as ilegais. Prevenção ao HIV/AIDS e atenção aos usuários de drogas são ações que se integram no dispositivo da RD e apontam

para práticas que possibilitam transposição dos limites instituídos da clínica, bem como a subversão dos limites impostos pela justiça.

O campo da saúde se deparou, em Santos, com os limites que recortam e dividem a própria cidade, a ponto de tais ações tornarem-se intransponíveis às linhas de poder. No nascedouro da Constituição e do próprio SUS, identificamos as primeiras respostas autoritárias que se mantêm viva, restringindo os ideais democráticos e universalistas que inspiraram o campo da saúde no Brasil.

De acordo com nossas pesquisas, a parceria que se viu em Santos, entre saúde mental e DST/AIDS, permaneceu praticamente adormecida, salvo algumas ações pontuais e dispersas. Como veremos no próximo capítulo, as ações de saúde voltadas para pessoas que usam drogas apareceu na agenda nacional do Ministério da Saúde, em 1994, por meio do Programa Nacional de DST/AIDS. E somente em 2003, o uso de drogas aparece na agenda da Coordenação Nacional de Saúde Mental, no mesmo momento em que foi criada a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003a). Devemos acompanhar como, ao longo desses anos, a RD vem acumulando experiências criando métodos de cuidado e atenção para populações marginalizadas.

Devemos, agora, entender como a RD construiu um modelo de atenção e gestão em defesa da vida que subverte os esquemas de dominação presentes nas políticas hegemônicas de drogas. Como a RD produziu uma ampliação da vida? Como reduzir e ampliar são conjugados numa mesma operação biopolítica? De que forma a RD criou uma clínica baseada na gestão comum?

## CAPÍTULO 3 - REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL

*Já podemos reconhecer que hoje o tempo se divide entre um presente que já está morto e um futuro que já nasceu - o abismo entre os dois vai-se tornando enorme. Com o tempo, algum evento haverá de nos propulsionar como uma flecha para este futuro. Será este o verdadeiro ato de amor político. (NEGRI e HARDT, 2005, p. 447).*

### 3.1 – O percurso clínico-político da RD

A história da RD no Brasil possui muitos meandros difíceis de serem abordados em sua totalidade. Dessa forma, destacamos três grandes fases definidas a partir de importantes marcos institucionais: a primeira iniciou-se em 1989, em Santos; a segunda em 1994, através do PN - DST/AIDS; e a terceira em 2003, quando a RD surgiu, a um só tempo, como um método clínico-político e um paradigma da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003a). Ao definirmos tais datas, observamos que elas servem mais para marcar o início de uma nova fase do que para definir o fim da antiga. Percebemos que, em certos momentos, a análise de uma fase acaba por ultrapassar o início da fase seguinte. Nesse sentido, as datas sugeridas foram definidas a partir de rearranjos institucionais que produziram modulações sobre as fases antecedentes, sem representar uma superação do que vinha sendo desencadeado.

A RD traçou um percurso clínico-político (BENEVIDES DE BARROS e PASSOS, 2001, 2004) por meio do qual ultrapassou o contexto local, em Santos, e ganhou projeção no cenário nacional, no Ministério da Saúde. Nesse tópico nos dedicaremos a apresentar os diferentes planos de articulação da RD. Entretanto não queremos com isso apresentar um percurso cronológico da RD no Brasil. A histórica que queremos contar traduz a própria constituição de um sentido para a RD que nos permite extrair dos planos de articulação a consolidação de um método e de um novo paradigma para o campo das drogas. Num primeiro momento apresentaremos este percurso histórico e num segundo momento nos dedicaremos a apresentar como este percurso consolidou um novo modo de fazer clínica e política.

### 3.1.1 – O primeiro plano de articulação da RD: território

Em Santos, podemos acompanhar um importante desdobramento que justificou a delimitação de uma fase dedicada inteiramente a este município. Destacamos essa cidade pelo pioneirismo de suas ações e estratégias na implementação de uma política de álcool e outras drogas no período de 1989 a 1994.<sup>13</sup>

Após a ação judicial sofrida pelos gestores de saúde em Santos, proibindo a distribuição de seringas descartáveis para usuários de drogas, alguns profissionais que anteriormente compunham a equipe de DST/AIDS adotaram como medida alternativa a distribuição de hipoclorito de sódio para a desinfecção de seringas e agulhas. A troca de seringas tornou-se, assim, um dispositivo ilícito, que passou a operar numa via institucional exterior ao aparelho de Estado.

A IEPAS (Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos) foi a primeira ONG brasileira que, por meio do dispositivo de troca de seringas, adotou o método da RD (BUENO, 1998). Apesar de ter sido fundada em 1991, foi somente em 1995 que encontrou a possibilidade de tornar a troca de seringas um dispositivo legal. Durante esse período, Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde e do município de Santos apontavam o aumento de incidência de HIV entre mulheres e crianças, indicando o papel dos usuários de drogas injetáveis na transmissão subsequente do vírus em questão. Os profissionais da IEPAS envolvidos com a RD passaram a exercer importante papel de articulação, sensibilizando as autoridades de saúde para a necessidade de implementação do dispositivo. Dessa forma, profissionais da IEPAS, gestores de saúde de Santos e do Estado de São Paulo iniciaram uma nova articulação estadual.

A Secretaria de Saúde de São Paulo encontrava-se a frente de um movimento que tinha a proposta de implementar o dispositivo de troca de seringas em cinco municípios e teria o Dia Mundial da Luta contra a AIDS, 1º de dezembro de 1995, como data do “tiro (ou seringa) de largada”. A ação previa a distribuição de Kits de prevenção compostos por duas seringas de insulina, agulhas descartáveis, vasilhame com água destilada, desinfetante de pele, hipoclorito de sódio a 5,25%, copinho e misturador. Este Kit foi desenvolvido pelo projeto de Redução de Danos em Salvador, que havia iniciado suas ações nesse mesmo ano,

---

<sup>13</sup> A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo também tentou implementar ações de RD, no ano de 1990. “Tratava-se do projeto SAIDA - Sistema Integral de Droga Adição – elaborado entre 1990 e 1991 por profissionais envolvidos com os programas de AIDS e de saúde mental.” (TEIXEIRA, 1997, p. 62). Tal qual o Programa de Redução de Danos da Secretaria de Saúde de Santos, o projeto SAIDA foi suspenso mediante ação judicial.

sendo o segundo município a adotar a RD no Brasil<sup>14</sup>. Apesar da uma ampla rede de articulação, as ações em Santos foram mais uma vez interditadas pelo poder jurídico:

Usando técnicas de investigação de ações clandestinas, tentaram nos surpreender, enviando, por duas vezes, policiais ou investigadores pedindo o *kit* na porta do IEPAS. Só que, como não pertenciam ao nosso grupo, não sabiam que utilizávamos uma senha e que nunca fornecemos seringas na sede do Instituto, sendo nossa atuação no “campo”. Como esta estratégia não obteve sucesso, vieram nos “visitar”, de fato, com um mandato de busca e apreensão expedido formalmente por uma juíza substituta. Falharam novamente. Dessa vez, subestimaram nossa capacidade de raciocínio e que, evidentemente, já esperávamos que retornassem. Providenciamos antecipadamente a mudança de endereço do “material” perseguido, e não mais dispúnhamos de nenhuma seringa e/ou agulha no Instituto quando a Polícia Civil chegou com o mandato. (BUENO, 1998, p. 166).

Entretanto, apesar da medida judicial, os profissionais da IEPAS não deixaram de investir na estratégia de troca de seringas. Diante desse quadro, as apreensões policiais tornaram-se freqüentes no dia-a-dia dos profissionais de saúde, conferindo um lugar de embates a respeito dessa estratégia. Após as seguidas ações judiciais e perseguições policiais, profissionais envolvidos com a RD investiram num método de intervenção silencioso e sombrio, que, aos poucos, foi adquirindo voz e visibilidade: “[...] faríamos de forma mais discreta possível. Muitos projetos internacionais foram desenvolvidos *underground*, até o momento em que puderam assumir a sua legalidade” (BUENO, 1998, p. 166).

A intervenção por meio do dispositivo de troca de seringas passou a ter como objetivo não somente a prevenção entre UDIs, mas, também, como método de cuidado, o protagonismo das minorias marginalizadas. Nesse momento, iniciaram-se os primeiros trabalhos dos redutores de danos (agentes de saúde que conheciam e tinham acesso aos territórios existenciais dos usuários de drogas): prostitutas, travestis, usuários de drogas, moradores de rua; todos aqueles considerados marginais tornam-se atores que, apesar das ofensivas do Estado, não deixaram de se mobilizar e fazer do “sub-mundo” um plano de trocas afetivas e de construção de vínculos cooperativos. Tais ações tornaram necessária a criação de novos dispositivos além da troca de seringas, nos quais os usuários de drogas pudessem participar coletivamente da gestão destas ações.

As ruas, os becos, as bocas-de-fumo, os bares, os pontos de prostituição foram, aos poucos, consolidando um novo plano para as políticas públicas de drogas, fundado às escondidas, nas sombras, invisível aos “olhos” do Estado. Muitas das vezes não foi possível escapar dos processos judiciais, das prisões, das “duras” e “porradas” dos policiais: gestores autuados, seringas descartáveis apreendidas, usuário de drogas preso, redutor de danos

---

<sup>14</sup> O surgimento do Programa de RD em Salvador será apresentado na próxima fase.

detido. Dessa forma, a RD foi acionando, à margem do Estado, uma dinâmica de contágio e propagação de propostas de cuidado de si, fundando um espaço *underground* das políticas de drogas. O termo *underground* indica o aspecto marginal das políticas da RD: um espaço tanto físico quanto político. Podemos, inclusive, considerá-lo como território de articulação clínico-político da RD: territórios geográficos e territórios existenciais marginalizados. No próximo tópico, abordaremos o tema dos territórios marginais com mais detalhamento. Por ora, nos limitaremos a indicar que o “território *underground*” foi o primeiro plano de articulação da RD, um contexto local de produção de redes de cuidado.

No ano de 1997, a IEPAS passou a receber financiamento do PN-DST/AIDS. Tal financiamento se fez possível dentro de um novo contexto nacional, no qual a gestão das políticas de AIDS passou a estabelecer uma proximidade com as ONGs já existentes e a incentivar a criação de novas ONGs de RD. Essa aproximação deu-se a partir do ano de 1994, configurando o início do que estamos definindo como uma segunda fase da história da RD no Brasil.

Nesse ponto, a RD migrou do plano *underground* para um plano articulado em rede de mobilização nacional, gerando uma zona de passagem entre as minorias e a máquina estatal. Este novo plano de articulação, produzida em rede, nos coloca diante dos efeitos de contágio e propagação criando uma mobilização das minorias. Como o método da RD foi se infiltrando na própria máquina de Estado, ampliando suas frentes de articulação? Como a RD foi acionando novos processos e instituindo novos dispositivos de gestão e atenção? Como a RD construiu um novo sentido para política pública, se distinguindo das políticas estatais e alterando as mesmas?

### 3.1.2 – O segundo plano de articulação da RD: Programa Nacional de DST/AIDS e as redes de mobilização

Boletins do Ministério da Saúde indicavam que 25% dos casos de AIDS no Brasil estavam associados ao uso indevido de drogas injetáveis. (BRASIL apud 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.

Iniciaremos nosso percurso no ano de 1994, quando teve início um projeto de articulação política em torno do tema drogas: “Projeto Drogas” da PN-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>15</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.

Dentre outros projetos, os principais foram os Programas de Redução de Danos (PRDs), implantados inicialmente em 10 Estados: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Ceará e Bahia. (MARQUES; DONEDA, 1998). A implementação dos PRDs ocorreu de forma singular em cada município: em alguns casos, as Unidades Básicas de Saúde se tornaram instituição de referência; em outros, foram os programas municipais de DST/AIDS, em outros ainda, foram os Centros de Referência Nacional de Álcool e Drogas: O Cetad/UFBA (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, da Universidade Federal da Bahia), o Proad/UNIFESP (Programa de Orientação e Atendimento aos Dependentes – Universidade Federal de São Paulo) e o Nepad/UERJ (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro) eram unidades de referência da Coordenação de Saúde Mental/MS e do Conselho Federal de Entorpecentes/MJ.

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. O PN DST/AIDS possibilitou um outro plano de sustentação da RD, não mais “subterrâneo”, mas sim estatal. 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 ainda *underground*.

Diante dessa realidade política, foi fundada, no ano de 1996, a ABORDA (Associação Brasileira de Redutores de Danos) com a função de capacitar e articular os PRDs. A

---

<sup>15</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.

ABORDA mobilizou redutores de danos e usuários de drogas para que se organizassem politicamente, fundando diversas ONGs pelo Brasil. Como exemplo desse processo, podemos citar o surgimento de associações de RD no interior dos Centros de Referência Nacional de Álcool e Drogas. A Associação Carioca de Redução de Danos (ACRD), por exemplo, foi fundada em 1999 a partir da iniciativa de redutores de danos que trabalhavam no Nepad. Da mesma forma, a Associação Baiana de Redução de Danos (ABAREDA) foi fundada em 2001, do interior do Ceará.

Para a ACRD, é nessa época que *o movimento começa a se organizar*, e embora a Associação nasça fisicamente no âmbito de um PRD,<sup>16</sup> ela surge com o intuito de pensar a Redução de Danos mais em forma de movimento social do que enquanto PRD. A Associação considera que essa história começou a ser construída pela ABORDA. (BRASIL, 2003b, p.18, grifo do autor).

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: as associações tornaram-se espaços de gestão nos quais os usuários de drogas viam a possibilidade de não serem identificados a doentes ou criminosos (BRASIL, 2003b). A ABORDA criou junto com as ONGs um método de inclusão das minorias, que foi ativado, principalmente, pelos redutores de danos.

No ano de 2003 existiam 80 PRDs no Brasil (BASTOS, 2003), sendo algumas ONG - associações de redução/redutores de danos e outras e outras OG situadas dentro de instituições estatais. (BRASIL, 2003b).

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. (BRASIL, 2003b). Redutores de danos, travestis, usuários de drogas, profissionais de saúde, pessoas vivendo com HIV, técnicos de saúde do PN DST/AIDS, universitários criaram uma gestão democrática através de redes abertas de interação e

---

<sup>16</sup> Programa de Redução de Danos do NEPAD/UERJ, onde ficou instalada até o ano 2002.

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 *underground* e local, nem ao plano estatal e federal. A tessitura 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 situada entre o plano *underground* e o plano estatal das políticas de RD, criando um atravessamento entre os mesmos.

A despeito da proposta dos PRDs ter surgido no contexto macropolítico, as minorias passaram a se mobilizar, não permitindo que a gestão das políticas públicas ficassem restritas aos aparelhos de Estado. Mais do que definir o ponto de emissão das políticas de RD, propomos uma análise de como ela passou a ser apropriada pelos próprios usuários de drogas, gerando um grande efeito de mobilização:

O movimento de Redução de Danos, no que toca à organização das 17 associações legalmente instituídas, é bastante jovem, com menos de 08 anos de existência.<sup>17</sup> Na maioria dos casos, [...], o surgimento das organizações se dá através de experiência ou participação anterior em PRDs, sejam governamentais, de ONG, ou universidades. Nesses casos, a ONG em geral é vista como um espaço de maior autonomia e liberdade de ações. Em alguns casos, os PRDs de origem passam a não absorver demandas políticas da Redução de Danos. Em muitos casos, o surgimento das Associações se dá com apoio da ABORDA nas primeiras capacitações. Em alguns casos a Associação desenvolve as primeiras ações de RD no município e no Estado, havendo inclusive tensão com setores governamentais. Em poucos casos as Associações surgem a partir de um contexto de articulação política de setores diversos que trabalham com RD<sup>18</sup> (BRASIL, 2003b, p.16).

Entretanto, se estamos afirmando que as ONGs desempenharam um importante papel na história da RD no Brasil, isto se deve ao fato de que, a partir delas, os redutores de danos puderam construir uma rede 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 o totalitarismo estatal que impõe limitação a uma política de drogas democrática. Dessa forma, a RD se viu, muitas vezes, às

<sup>17</sup> As entrevistas realizadas convergiram para um quadro de personagens centrais na organização de um movimento brasileiro de Redução de Danos que, a nosso ver, enriqueceria a presente sistematização, além de constituir-se em memória para a história do movimento (BRASIL, 2003b).

<sup>18</sup> Na *homepage* do Programa Nacional de DST/AIDS é possível acompanhar o apoio governamental concedido às ações de Redução de Danos, desde 1994, via recursos do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas - UNDCP. Tratava-se, então, de apoio a projetos de Redução de Danos. O primeiro projeto oficialmente apoiado data de 1995, em Salvador/BA. Desde então, observa-se um número crescente de projetos, e, conseqüentemente, de usuários acessados e vinculados ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)) (BRASIL, 2003b).

voltas com esse paradoxo, principalmente devido a descontinuidade e instabilidade das políticas de financiamento do PN – DST/AIDS (BRASIL, 2003b). Apesar das associações estarem em processo de consolidação de uma plataforma política, sua sustentabilidade política se vê, muitas vezes, comprometida pela sustentabilidade financeira. As principais linhas de financiamento da RD provinham do PN – DST/AIDS, por meio de empréstimos do Banco Mundial. No ano de 2005, muitas associações tiveram suas ações parcialmente suspensas por falta de financiamento. Porém, o fim dos empréstimos foi antecedido por um importante acontecimento institucional para a RD: a Política do Ministério da Saúde para Usuário de Álcool e Outras Drogas, criada em 2003 (BRASIL, 2003a). Nesse momento, a RD passou por um grande rearranjo, definido, também, por uma mudança das políticas do PN DST-AIDS.

O fim dos empréstimos do Banco Mundial redefiniu não só as políticas de financiamento da RD, como as do próprio PN-DST/AIDS, que passou a se aproximar mais das diretrizes do SUS. Não abordaremos este tema na sua extensão e complexidade, pois fugiria muito do enfoque da presente pesquisa, mas consideramos importante apresentar algumas indicações úteis para entender as mudanças pelas quais passou a RD.

O fim dos financiamentos para as associações de redutores de danos foi antecedido pela criação de novas possibilidades de sustentabilidade institucional e financeira para a RD, geradas, principalmente, pela política nacional de álcool e outras drogas.

### 3.1.3 - O terceiro plano de articulação da RD: Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas

Esse novo plano de articulação foi também efeito de alguns acontecimentos que antecederam a própria política nacional de álcool e outras drogas. Dentre eles, podemos destacar a III Conferencia Nacional de Saúde Mental em 2001 e o início do governo Lula em 2003.

O Relatório Final da III Conferencia Nacional de Saúde Mental estabeleceu a atenção aos usuários de álcool e outras drogas como um dos princípios e diretrizes dentro da reorientação dos modelos assistenciais em saúde mental (BRASIL, 2002). A partir dessa nova orientação, os Programas de Redução de Danos (PRDs) migraram do campo exclusivo das DST/AIDS, passando a ser de responsabilidade da assistência em saúde mental. São deliberações da Conferência:

Garantir que a atenção ao usuário de álcool e outras drogas adote estratégias de Redução de Danos. E, também, implantar o Programa de Redução de Danos – PRD – em todos os municípios, promovendo o envolvimento da comunidade, visando prevenir e reduzir a transmissão de DST/AIDS (Brasil, 2002, p 61. ).

A Redução de Danos passou, então, a ser um dos princípios e diretrizes pactuados nessa Conferência, sendo tomada como um importante eixo de articulação dentro da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, iniciada em 2003 (BRASIL, 2003a). Cabe ressaltar que a formulação dessa política inseriu-se num amplo contexto de reformulação da gestão do Ministério da Saúde.

Em 2003, Gastão Wagner de Souza Campos assumiu a coordenação da Secretaria Executiva (SE) e, com ele, uma nova proposta de relação com as demais Secretarias do Ministério da Saúde. Era um novo momento de governo que apostava em novas funções a serem desempenhadas pela SE, para além de suas atribuições “legais e formais”, e no estabelecimento de outros modos de trabalhar: aumentando a transversalidade e caminhando na direção do que informalmente foi nomeado de “MUS - Ministério Único da Saúde”. (informação verbal)<sup>19</sup>.

Nesse momento de passagem e mudança de estrutura e funções, a SE ficou, dentre muitas outras tarefas e atribuições, responsável pelo Programa Nacional de DST/Aids que não estava, até então, ligado a nenhuma Secretaria. Dentro desse contexto, tanto a direção da PN-DST/AIDS, quanto a coordenação de Saúde Mental apoiaram-se na SE: o primeiro necessitando de mais recursos e subsídios para a instalação dos CAPSad; e o segundo, para os projetos de RD. Dessa forma, começou-se a discutir um tema que já vinha se anunciando como importante, mas, até então, timidamente aparecia na agenda de debates no MS: drogas. (informação verbal, cf. nota nº 10).

Vejamos o relato de Regina Benevides de Barros, assessora e representante da SE para articulação da política de drogas do MS:

Propus, então, que nos reuníssemos [isso era fevereiro de 2003] e criamos o GTAOD (Grupo de Trabalho de Álcool e Outras Drogas) que passou a se posicionar por uma outra política de drogas, enfrentando, imediatamente, a SENAD. Em tempo recorde (1 mês), juntamos as áreas (AIDS-RD+ SM+ ANVISA (que também se relacionava com o tema por conta da vigilância às “comunidades terapêuticas-CT”) e escrevemos o documento que propunha, claramente, um redirecionamento da política no Brasil. Foi a primeira vez que as 3 áreas se juntaram para escreverem juntas e assumir, claramente, uma posição oficial e comum pela RD, expansão de CAPS e acompanhamento mais sistemático e de acordo com as ‘normas do MS e da ANVISA’ das comunidades terapêuticas. Foi uma importante experimentação-transversalização! (Informação verbal, cf. nota nº 10)

---

<sup>19</sup> Notícia fornecida por Regina Benevides de Barros, obtida por *e-mail* enviado de Moçambique, em julho de 2007.

A nova política começou a ser concretamente formulada pelo Grupo de Trabalho em Álcool e Outras Drogas (GTAOD) que contava com a participação de integrantes das diferentes secretarias e coordenações citadas: Regina Benevides de Barros (Secretaria Executiva), Denise Doneda e Denise Gandolfi (CN – DST/AIDS), Pedro Gabriel (Saúde Mental), Domiciano Siqueira da ABORDA, dentre outros (Informação verbal, cf. nota nº 10).

O dispositivo do GTAOD foi fundamental para entendermos a produção de zonas de contágio entre diferentes propostas clínico-políticas e uma maior aproximação entre máquina estatal e as redes sociais. A partir dele, diferentes princípios e diretrizes provenientes das diferentes secretarias e programas em questão convergiram para a política nacional de álcool e outras drogas. Podemos destacar os próprios princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade, mas, também, algumas diretrizes que deram forma para a política nacional: a clínica ampliada, a transversalidade, a desinstitucionalização e a Redução de Danos. (Informação verbal, cf. nota nº 10).

Nesse momento, a RD experimenta uma nova inflexão: o que era até então uma estratégia da PN-DST/AIDS passou a ser um método da própria Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Essa modulação produziu alguns desdobramentos institucionais que constituíram as seguintes portarias:

- Portaria 1.028 de julho de 2005 – regulariza as ações de RD pelo Ministério da Saúde. O caráter democrático desta portaria se opõe claramente às propostas de tratamento que se pautavam exclusivamente no paradigma proibicionista e da abstinência.

- Portaria 1.059 de julho de 2005 - destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências.

Nesse momento, podemos estabelecer as quatro principais instituições de fomento da RD:

- 1º. - Programas Municipais de DST/AIDS através de PRDs
- 2º. – Organizações Não-Governamentais de Redutores de Danos
- 3º. – Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas
- 4º. – Centros de Referência Nacional de álcool e outras drogas

A RD tornou-se um método clínico-político realizado por diferentes dispositivos nos PM-DST/AIDS, nos CAPSad, nas ONGs/RD e nos Centros de Referência Nacional - ad. Os

dispositivos de gestão e atenção da RD passaram a atualizar tanto os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), quanto as diretrizes da política nacional de álcool e outras drogas (transversalidade, clínica ampliada e ação no território) e as funções criadas pela própria RD (gestão comum, co-responsabilidade e cooperação). Porém, o que estamos chamando de método da RD?

### 3.2 - O método da Redução de Danos

A RD avançou de uma concepção reduzida de prevenção às DST/AIDS entre UDI para uma proposta ampliada de produção de saúde; e, de uma dimensão concreta de troca de seringas, para uma dimensão abstrata, tornando-se paradigma da política nacional de álcool e outras drogas. Mais do que definir importantes marcos institucionais, interessa-nos investigar como a RD saiu de um contexto local (Santos), específico (prevenção) e concreto (troca de seringas), para um contexto nacional (política nacional de álcool e outras drogas), ampliado (produção de saúde) e abstrato (paradigma).

Do concreto ao abstrato, a RD, a um só tempo, mudou o seu plano de articulação, criando novos dispositivos de intervenção, ampliando o seu campo de ação. Acompanhamos até aqui como a RD chegou a um novo estatuto na interface com os movimentos sociais que conjuravam as políticas estatais contrárias à própria democracia. Foi a partir deste foco de análise que podemos entender de que forma a RD vêm se consolidando como um novo paradigma que se opõe ao paradigma da abstinência. Nesse sentido, cabe ressaltar que tal oposição está posta no âmbito paradigmático e não estratégico, ou seja, a RD não se opõem a estratégias clínicas que tenham como direção a abstinência, mas sim a uma rede de instituições que fazem da abstinência a única direção possível de tratamento.

Devemos agora, entender como a RD se apropriou deste processo e vem produzindo um novo “olhar” sobre o fenômeno das drogas. A criação de um novo paradigma nos indica que a RD por alguma razão, ou por um conjunto de razões vêm produzindo uma abertura no campo das drogas e possibilitando que pensemos e ajamos diferentemente do que estava, até então, posto como única meta possível: a abstinência. O aspecto mais abstrato e virtual da RD (paradigma) deve ser entendido a partir do percurso histórico (processo) atualizado por diferentes dispositivos de atenção e gestão que foram se articulando ao dispositivo de troca de seringas. Esse percurso deu forma e função para RD consolidando o que hoje podemos nomear de um “método clínico-político”. Ao longo do percurso da RD, o método consolidado se encontra com uma face voltada para um plano concreto e atual, atualizado pelos

dispositivos concretos e uma face voltada para um plano abstrato e virtual que corresponde a emergência da RD como um paradigma. Dessa forma, além da dimensão atual e da dimensão virtual, devemos destacar uma terceira dimensão, que corresponde ao devir da própria RD, ou seja, a terceira dimensão diz do próprio processo de consolidação de um método. Dessa forma temos três dimensões da RD: a concreta, realizada pelos dispositivos de atenção e gestão; a abstrata que corresponde ao paradigma da RD; e a processual, realizada pelo método, ou seja, ao processo da RD.

Apesar de destacarmos três dimensões que compõem a RD, nossa pesquisa enfatiza a dimensão processual da RD, pois é o processo que confere diretrizes para os dispositivos e uma concretude para o paradigma. Destacamos do dicionário alguns sentidos que nos auxiliam no caminho que estamos construindo: “maneira pela qual se realiza uma operação, segundo determinadas normas; método; técnica; seqüência de estados de um sistema que se transforma” (Aurélio, 1999).

O processo da RD carrega consigo mais do que uma história de fatos e acontecimentos, mas sim a consolidação de um método clínico-político. Podemos ver desde o Programa de Troca de Seringas uma inseparabilidade entre a dimensão clínica e a dimensão política. Desde Santos, trocar seringas implicava assumir uma posição frente às políticas que criminalizam os usuários de drogas. Os modelos de gestão participativos criados, sobretudo, à partir das redes nacionais de redutores de danos, incluem os usuários de drogas como atores de uma nova proposta de cuidado que é a um só tempo uma nova proposta clínica e política para usuários de drogas.

Tal processo foi ganhando maior consistência através de dispositivos concretos de atenção e gestão que foram inventados nestes três planos de articulação. Dessa forma, podemos verificar que não existe um lugar privilegiado de emissão das políticas de RD. Os dispositivos de cuidado estão sendo cotidianamente sendo experimentados e inventados pelas diferentes esferas de consolidação das ações de RD. O processo disparado em Santos ganhou novos desdobramentos através de redes nacionais de interação e mais recentemente na consolidação de uma articulação mais efetiva no interior da máquina estatal.

Para dar continuidade à nossa construção, faz-se necessário evidenciar como a RD encarna o sentido de método que a atual política do Ministério da Saúde busca propor:

Aqui a abordagem da Redução de Danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada sujeito em sua singularidade, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a Redução de Danos oferece-se como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros.

Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daqueles usuários, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam. (BRASIL, 2003a, p. 10-11).

A etimologia da palavra método vem de (*meta-hodos*): *meta* (objetivo) e *hodos* (caminho). No caso específico da RD, observamos uma inversão do próprio sentido etimológico da palavra método, uma vez que a meta a ser alcançada vem sendo definida durante o próprio percurso, ou seja, durante o próprio caminhar: (*hodos-meta*)<sup>20</sup>. Nos tópicos anteriores, pudemos acompanhar como a RD foi deixando de ter como único objetivo a prevenção entre UDIs e como único dispositivo de intervenção a troca de seringas. A ampliação que a RD experimentou foi consolidando o próprio método, que é realizado por diferentes dispositivos de atenção e gestão. Esse processo foi ainda mais ampliado a partir da atual política nacional de drogas que inseriu a RD num novo plano de articulação.

A dimensão processual corresponde ao método (*meta* = objetivo e *hodos* = caminho) da RD; a dimensão concreta é realizada pelos dispositivos da RD e a dimensão abstrata corresponde ao paradigma. A conjunção dessas dimensões suscita muitas confusões quando se tenta definir o que é a RD. Não estamos diante de um objeto de pesquisa unitário e fechado, que pode ser explicado por meio de aspectos gerais. A RD deve ser definida a partir dos agenciamentos produzidos ao longo de seu percurso, de seu caminhar histórico: definir o método implica em estabelecer por um lado o processo de construção de dispositivos de atenção e gestão e por outro as articulações político-institucional que derem forma a um novo paradigma.

A RD se deslocou de um plano local para um plano em redes e, por último, para um plano da política do Ministério da Saúde para álcool e outras drogas. A mudança de planos (território, redes de mobilização e máquina de Estado) alterou o próprio método da RD, à medida que incluía novas funções e diretrizes. Dessa forma, a RD passou a criar novos dispositivos que atualizam novas funções clínico-políticas bem como diretrizes da política do Ministério da Saúde para álcool e outras drogas.

Os dispositivos concretos permitem que os princípios do SUS e as diretrizes da política de álcool e drogas do MS sejam exercidos. No caso da RD, estas diretrizes são atualizadas de um modo singular, pois os embates que a RD enfrentou e os caminhos pelos

---

<sup>20</sup> A idéia de um *hodos-meta* foi proposta pelos professores doutores Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros nas aulas do curso de Mestrado em Psicologia, na Universidade Federal Fluminense, durante o segundo semestre de 2005.

quais ela se consolidou também o foram. Dessa forma, além dos princípios do SUS e das diretrizes da política do MS, a RD criou novas diretrizes metodológicas, consolidadas pelas associações e pelas redes de redutores de danos: *gestão comum, co-responsabilização e cooperação*.

Foi somente no terceiro plano de articulação, da política do MS para álcool e drogas, que pudemos observar o comparecimento de diversas diretrizes que atravessaram e constituíram a RD. Nesse momento, as diretrizes da RD se encontraram com princípios e diretrizes consolidadas por outras trajetórias políticas. Dentre elas, destacamos: ação no território, clínica ampliada e transversalidade. A fertilidade desse momento institucional deve-se ao fenômeno produzido no encontro de diferentes diretrizes que, ao invés de se anularem, se complementaram em uma nova composição.

Como a RD atualizou as diretrizes da transversalidade, da clínica ampliada e da ação no território? Esta questão nos auxilia a entender como a RD se desdobrou de uma ação concreta (troca de seringas) para uma operação em rede (gestão comum) e, mais adiante, para uma versão mais abstrata (paradigma da política do MS):

Indicar o paradigma da redução de danos – estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autoregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada (BRASIL, 2003a, p. 25).

Na citação anterior, podemos ver que o paradigma da RD se opõe imediatamente ao paradigma da abstinência, dessa forma, devemos acompanhar como o método da RD propõe uma ação concreta e substitutiva à abstinência. A nossa tarefa consiste em destacar do processo histórico da RD a consolidação de um método que nos permite vislumbrar um novo paradigma em cuidado.

Analisaremos o método da RD a partir das diretrizes metodológicas que ela atualiza. Da política nacional, destacamos as seguintes diretrizes: transversalidade, clínica ampliada e ação no território; e, da própria RD, destacamos as seguintes diretrizes: gestão comum, co-responsabilidade, e cooperação. Dessa forma, poderemos entender a emergência da RD como um paradigma, não absolutamente abstrato, mas um paradigma encarnado que dispõe de uma metodologia concreta.

### 3.2.1 – Clínica Ampliada

No caso específico das políticas de drogas, avançamos por diferentes campos que se encontravam submetidos a exercícios de dominação. Traçamos o percurso de importantes movimentos de contestação que produziram práticas libertárias para este campo, sobretudo as práticas de desinstitucionalização e as práticas de prevenção e cuidado às DST/AIDS. Foi nesse contexto que a RD emergiu como uma importante estratégia de saúde pública. Nosso desafio, entretanto, é entender como a RD produziu um modelo concreto de intervenção capaz de subverter a trama de poder que submetia o campo da saúde no que tange o tema das drogas: o paradigma da abstinência dos prazeres.

A clínica ampliada comparece como uma das diretrizes da política nacional de álcool e outras drogas em oposição ao que poderíamos chamar de uma clínica reduzida, sobretudo aos modelos de clínicas instituídas nos espaços hospitalares. (CAMPOS, 1997; CUNHA, 2005). As clínicas médicas tradicionais trabalham dentro do paradigma positivista de doença-cura, tendo como procedimento a remissão do sintoma, eliminação da doença. No caso das clínicas voltadas para o tratamento de drogas, o binômio drogas/doença obedece aos preceitos de uma clínica reduzida que encontra na abstinência o ideal de cura.

Em contrapartida, a clínica ampliada oferece uma série de procedimentos que nos auxiliam a entender uma outra modalidade de clínica. As padronizações diagnósticas da clínica médica tradicional recrudescem a escuta para o outro enquanto sujeito singular. A clínica ampliada, por sua vez, ativa essa escuta para o sujeito, levando em conta sua singularidade, confrontando o saber especialista às imprevisibilidades de cada encontro clínico. Ao contrário da clínica reduzida, que tem como procedimento a remissão do sintoma, a clínica ampliada adota como direção a produção de saúde, sendo esta entendida como produção de sujeitos autônomos. A clínica ampliada inclui o paciente como um sujeito ativo na relação clínica, nesse sentido, a cura deixa de ser uma meta a ser alcançada e é substituída pela co-responsabilidade nos processos de produção de saúde.

Ao comparecer como uma diretriz nacional, a clínica ampliada tornou-se uma direção a ser apropriada pelas diversas modalidades clínicas que compõem as políticas álcool e drogas. Como a RD atualizou a clínica ampliada? Como a clínica ampliada tornou-se uma direção para a clínica da RD?

Tomaremos a clínica ampliada mais no que ela oferece de processo do que procedimento. Os procedimentos da clínica ampliada nos indicam um processo de ampliação da própria instituição da clínica. Ao comparecer como uma diretriz da política de álcool e

outras drogas do MS é a própria clínica que assume como direção a ampliação de seus limites instituídos, pois, ao tomar os pacientes como sujeitos co-responsáveis pela produção de saúde, ela se vê às voltas com a criação de dispositivos que possibilitem tal direção. É dentro dessa perspectiva que a RD toma o processo de ampliação como uma diretriz da clínica.

A RD, ao se deparar com o contexto complexo que envolve os usuários de drogas, deixou de ter como único objetivo a prevenção ao HIV/AIDS e como único procedimento clínico a troca de seringas descartáveis. Por conta da ampliação de seus limites, a RD teve que incluir outros procedimentos clínico-políticos e criar novos dispositivos de atenção e gestão. Nas associações, por exemplo, podemos citar os dispositivos de supervisão continuada com redutores de danos, assembléias onde os usuários de drogas participavam das decisões das associações, ações de *advocacy*<sup>21</sup> que permitiam aos usuários de drogas e redutores de danos conhecer direitos humanos e direitos constitucionais. Mas também os trabalhos desenvolvidos pelos Centros de Referência como a criação de cachimbos de madeiras para prevenção de hepatite C entre usuários de crack e a substituição de crack por maconha, proposta pelo Proad e desenvolvida por diversos dispositivos. Ao longo dos anos, o próprio processo de ampliação da RD contribuiu para a constituição de um método de cuidado em saúde composto por diferentes procedimentos e dispositivos clínico-políticos. Ao pautar suas ações para a produção de sujeitos autônomos a clínica ampliada comparece como uma diretriz para adoção de “Espaços Coletivos de co-gestão”. (CAMPOS, 2000). Tal diretriz foi atualizada por diversos dispositivos que complementaram o dispositivo de troca de seringas, dando consistência a uma abordagem ampliada da Redução de Danos.

### 3.2.2 – Transversalidade

A transversalidade é uma das diretrizes da atual Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003a). Esta diretriz vem sendo proposta como ponto fundamental no fortalecimento de um sistema de saúde que se pretende unificado, objetivando a produção de uma maior comunicação entre as diferentes práticas e saberes as quais atravessam o campo da saúde. (BRASIL, 2006). As dicotomias que perduram no campo da saúde fortaleceram as barreiras entre diferentes disciplinas, delimitando campos específicos de saber-poder. Esse modo de funcionar foi denominado pela

---

<sup>21</sup> Termo utilizado para designar as ações voltadas para informação e capacitação de usuários de drogas sobre seus direitos, sejam eles constitucionais, civis e humanos.

política nacional de álcool e drogas como uma “lógica das binarizações” e foi combatida pela “lógica da transversalização”. (BRASIL, 2003a).

O que estamos querendo destacar aqui é: esta lógica deve ser combatida em prol de uma outra maneira de pensar e fazer que experimente as diferentes contribuições, fazendo-as interpelações umas das outras. A esta outra lógica chamamos transversalização.

Parece que hoje aí reside o grande desafio: instaurar em todos os campos da saúde pública uma atitude que, ao mesmo tempo, garanta a especificidade acumulada ao longo do tempo em cada núcleo de saber e, para além disso, consiga fazer atravessar tais saberes uns sobre os outros, de modo a construir novos olhares, novos dispositivos de intervenção (BRASIL, 2003a, p. 9).

Na lógica das binarizações as especialidades e as disciplinas acabam se fechando sobre si mesmas, provocando um verdadeiro empecilho para a construção de uma saúde democrática e participativa. É neste espírito político - de tornar comum experiências acumuladas pelas diferentes disciplinas e especialidades - que a transversalidade comparece como um modo de operar com a clínica no campo da saúde pública.

Segundo Passos e Benevides de Barros (2000), a clínica pode ser operada de diferentes maneiras: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.

A perspectiva multidisciplinar se caracteriza por um somatório de olhares que tentam dar solução para um objeto cuja natureza é multifacetada. Na perspectiva interdisciplinar, ao invés de um somatório de olhares, cria-se uma zona de interseção entre as disciplinas, delimitando um objeto específico. Estes dois casos, apesar de constituírem modos possíveis de operar com a clínica, ainda mantêm as fronteiras entre as diferentes disciplinas e especialidades, seja pelo fato de que os campos não se alteram (multi) ou pela produção de um terceiro campo estável e idêntico a si (inter). Já na perspectiva transdisciplinar, o que se busca é uma atitude crítica, um modo transversal de operar com a clínica, desestabilizando os limites instituídos das disciplinas. Mais do que um efeito de hibridação, que poderia ser identificado à interdisciplinaridade, a transdisciplinaridade produz um efeito de modulação das disciplinas que se lançam, assim, em um movimento de diferenciação que não se resolve em um novo território disciplinar. “Na interdisciplinaridade, portanto, temos a gênese de uma nova identidade, enquanto na transdisciplinaridade temos um processo de diferenciação que não tende à estabilidade” (PASSO; BENEVIDES DE BARROS, 2000, p. 77).

A estratégia de transversalização da RD foi atualizada por diversos dispositivos que tornaram inseparáveis a atenção e a gestão: dispositivos de atenção (troca de seringas, troca de cachimbo de crack, substituição de crack por maconha, substituição da via de uso de cocaína injetável por via oral, distribuição de canudo de silicone para prevenção de hepatite

C) e dispositivos de co-gestão (reunião de equipe, supervisão de casos etc.). Quando a RD surgiu no campo da AIDS, levou para este campo, inevitavelmente, um problema que até então não era prioridade para as políticas de AIDS: drogas; e, quando migrou para o campo da saúde mental, um outro problema, que, a princípio, não era questão para estas políticas: HIV/AIDS.

Ao criar uma interface entre a saúde mental e as DST/AIDS, a RD desestabilizou os limites desses campos. Mais do que definir como esses campos construíram modelos de prevenção, atenção e promoção à saúde de usuários álcool e drogas, a RD lançou-os em um processo de diferenciação. Como a Saúde Mental, no decorrer desse processo, enfrentou os problemas das DST/AIDS? Como a DST/AIDS lidou com o tema da desinstitucionalização?

O método clínico da RD ofereceu uma importante indicação de como operar de modo transversal. As ações de prevenção às DST/AIDS se encontravam, nesse método, atreladas a um processo contínuo de atenção às pessoas usuárias de drogas, de tal modo que se tornou difícil distinguir uma ação da outra. O que pôde ser observado, nesse caso, foi que, ao integrar esses diferentes problemas (AIDS e drogas), a RD produziu uma transversalização entre diferentes especialidades de atenção em saúde. Dessa forma, esses campos experimentavam seus próprios limites, inventando novas práticas, necessariamente. “Aqui a noção de transdisciplinaridade vai ganhando novos contornos. Não se trata de abandonar o movimento criador de cada disciplina, mas de fabricar intercessores, fazer séries, agenciar, interferir” (PASSO; BENEVIDES DE BARROS, 2000, p. 76).

A RD indicou um modo transdisciplinar ou transversal de operar com a clínica no campo da saúde pública. Apesar do problema AIDS/drogas ter adquirido um especial relevo, a RD não limitou suas intervenções a este binômio. A transversalidade ganhou diferentes matizes quando a RD se deparou com diferentes problemas atrelados aos casos de AIDS e drogas: mulheres grávidas que nunca fizeram um pré-natal; pessoas sem carteira de identidade; moradores de rua com complicações de saúde; mulheres que sofrem abusos sexuais; crianças correndo os mais variados riscos de contaminação, inclusive por leptospirose etc. (informação verbal).<sup>22</sup>

A perspectiva transdisciplinar da clínica foi efetivada quando os problemas de AIDS e drogas foram atravessados por uma série de outras questões, exigindo da RD respostas e encaminhamentos entre diferentes disciplinas e serviços. Enquanto modelo de atenção, a RD apresentou-se como uma ação territorial e porta de entrada do SUS, seguindo os modelos da

---

<sup>22</sup> Conversas e entrevistas com redutores de danos em Porto Alegre – 2003; Santo André – 2005; São Paulo – 2007; Niterói – 2006, 2007.

atenção básica. Mas, por estar, ao mesmo tempo, intervindo sobre problemas de saúde que constituem demandas para serviços especializados, como o uso de drogas e o HIV/AIDS, a RD amplia a grau de comunicação entre diferentes serviços, inserindo-os no contexto da Saúde Coletiva.

Entretanto a transversalidade não ocorre somente porque a RD inclui diferentes problemas de saúde, mas principalmente, porque busca modos concretos de inserir os usuários de drogas, travestis e profissionais do sexo em diferentes instituições de saúde, combatendo estigmas que os excluem dos diferentes serviços de atenção. A transversalidade entre as disciplinas é uma etapa que poderá ocorrer caso seja possível deslocar os lugares estigmatizados que os conduzem para serviços especializados em álcool e drogas ou para serviços especializados em HIV/AIDS. Dessa forma a RD busca criar formas de inserir populações estigmatizadas pelos seus hábitos não só nos serviços especializados, como também em Unidades Básicas de Saúde e em Hospitais Gerais, caso seja necessário.

Na experiência concreta, esse tipo de inserção ocorre a partir dos laços afetivos que o redutor de danos é capaz de estabelecer com os usuários de drogas no próprio território, antes de acessarem os serviços de saúde. A criação de vínculos de confiança e cooperação é fundamental para produzir um aumento na interação entre o contexto da saúde pública e o contexto das clínicas especializadas. Nestes termos, a RD possibilita manejar os vínculos afetivos construídos no território para outros contextos institucionais. Os redutores de danos passaram a atuar como agentes transversalizadores, articulando os diferentes dispositivos de atenção na medida em que cria condições de acolhimento nestes serviços.

No sentido mais clínico, o manejo com a transversalidade corresponde ao modo como a RD passou a multiplicar esse vínculo para as Unidades Básicas de Saúde (UBS); Serviços de Atendimento Especializados para portadores de HIV/AIDS (SAE), CAPSad e, também, dispositivos coletivos das associações de redução de danos. A RD tornou-se um método que maneja com a transversalidade através de diferentes dispositivos de atenção e gestão, multiplicando os vínculos afetivos e criando novas referências subjetivas. Os dispositivos da RD incluem os usuários de drogas nos diferentes dispositivos clínicos e nos diferentes espaços políticos.

Os destinos são variados, muitos usuários de drogas passaram a atuar como agentes colaboradores no próprio território, alguns ingressaram em ONGs comprometidas em lutar pelos seus direitos, outros tornaram-se redutores de danos etc. São muitos os encaminhamentos clínico-políticos e os seus efeitos. Eles possibilitam, por exemplo, que um usuário de drogas experimente, por um lado, a condição de paciente em um CAPS e, por

outro, que ele freqüente o Conselho Municipal de Saúde como um militante da associação de redutores de danos; que seja um paciente do SAE e, ao mesmo tempo, um agente de saúde. É nesse sentido que o manejo com a transversalidade implicou uma transdisciplinarização da clínica, pois as diferentes especialidades acabaram se confrontando com problemas que, em princípio, não poderiam ser previstos pelo seu campo de atuação. Entretanto, o manejo com a transversalidade não se reduz a uma mera questão de encaminhamento, uma vez que, ao fazer a passagem entre o território e o serviço, a RD inseriu um importante debate ético e político de inclusão das minorias marginalizadas: travestis, usuários de drogas, pessoas infectadas pelo HIV. Como um usuário é acolhido num posto de saúde? Como o travesti é atendido num hospital geral?

Numa visita a Petrópolis, os redutores de danos relataram um caso em que um travesti foi encaminhado do Posto de Saúde ao Programa Municipal de DST/AIDS, porque havia quebrado o pé (informação verbal).<sup>23</sup> Em outra conversa com uma redutora do Paraná, um usuário de drogas foi encaminhado de um hospital geral para o CAPS porque havia se cortado acidentalmente. (informação verbal) <sup>24</sup>. Estes são somente alguns exemplos de violências institucionais que travestis e usuários de drogas sofrem nos serviços de saúde.

As experiências da RD indicam que o manejo com a transversalidade não ocorre somente no momento do encaminhamento, a construção de vínculos cooperativos ocorrem antes com as equipes de saúde, através de debates e trabalhos de sensibilização dos profissionais de saúde. Normalmente, esse trabalho é implementado pelas associações de redutores de danos por meio da criação de dispositivos grupais, nos quais são debatidos não apenas o contexto psíquico do usuário de drogas, mas também o de exclusão e criminalização.

Como propor um tratamento para os usuários de drogas sem levar em conta o processo de marginalização e criminalização que os subjagam? Os aspectos políticos sempre representaram um obstáculo real para as ações de RD, dessa forma, as propostas de cuidado sempre tiveram que se desdobrar para incluí-los. Diremos que os modelos de atenção correspondem aos aspectos clínicos e os modelos de gestão aos aspectos políticos. Entretanto, apesar dessa distinção entre clínica e política, ou seja, atenção e gestão, é num campo contínuo de interações entre estas instâncias que devemos entender o método da RD.

Nos próximos tópicos, exploraremos como os modelos de atenção e de gestão da RD permitiu uma transversalidade entre a dimensão clínica e a dimensão política que envolve o

---

<sup>23</sup> Conversa com redutor de danos Hernani, em Petrópolis - RJ, 2007.

<sup>24</sup> Conversa com redutora de danos Semiramis, em Santo André - SP, 2006.

tema das drogas. Ao incluir como estratégia de intervenção clínica a problematização das relações de poder que subjagam as pessoas que usam drogas, a RD ampliou os graus de transversalização da clínica, à medida que esta passou a sofrer intervenção direta do plano político.

Podemos dizer que a transversalidade é manejada de três formas pela RD:

1º. - inseparabilidade entre prevenção às DST/AIDS e atenção a usuário de álcool e outras drogas;

2º. – inseparabilidade entre serviços especializados (SAE e Caps) e outros serviços de saúde;

3º. – inseparabilidade entre clínica e política.

O modo como a RD produziu uma inseparabilidade entre a clínica e a política será analisado nos tópicos seguintes, a partir das funções de gestão comum, cooperação e coresponsabilização.

### 3.2.3 – Gestão Comum

As associações de redutores de danos passaram a exercer um papel importante de mobilização e articulação nacional das ações de RD. A criação de PRDs, bem como as iniciativas estatais não garantiriam, por si só, a continuidade das ações. O risco do isolamento nas esferas municipais e os embates com a justiça precisavam ser enfrentados estrategicamente por meio de uma rede nacional que fornecesse subsídios políticos para os PRDs se fortalecerem localmente. Mobilizados 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 anti-proibicionista<sup>25</sup>.

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 dos usuários de drogas nos serviços de saúde, não só como um paciente, mas como

---

<sup>25</sup> Dessas últimas, destaca-se a Associação de Usuário de Álcool 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” (BRASIL, 2003, p. 21).

um ator co-responsável pelas políticas, vem sendo o desafio da RD, que encontra nas associações a via para tal proposta clínico-política. 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 em rede, uma gestão comum.

Porém, o que estamos chamando de comum? Voltemo-nos, então, para 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. Segundo a filosofia política, somente o que é uno pode governar, “seja o monarca, o partido, o povo ou indivíduos; sujeitos sociais que não são unificados, mas múltiplos, não podem governar, devendo pelo contrário ser governados” (NEGRI; HARDT, p. 140). A multidão, ao contrário, seria uma multiplicidade composta por diferenças singulares “que nunca poderão ser reduzidas a uma unidade ou identidade única – diferentes culturas, raças, etnias, gêneros e orientações sexuais; diferentes formas de trabalho; diferentes maneiras de viver; diferentes visões de mundo; diferentes desejos” (NEGRI; HARDT, p.12).

Ao contrário da filosofia política, a RD indicou uma forma de governo da multiplicidade. A RD garantiu a heterogeneidade que se encontra numa multidão e ao mesmo tempo a consolidação de um compromisso comum, sem reduzir o usuário de drogas a formas identitárias e unitárias. Através das associações, os usuários de drogas foram incluídos numa gestão comum organizada em rede. “Também a multidão pode ser encarada como uma rede: uma rede aberta e em expansão na qual todas as diferenças podem ser expressas livre e igualmente, uma rede que proporciona os meios de convergência para que possamos trabalhar e viver em comum” (NEGRI; HARDT, p.12).

Segundo Negri e Hardt, 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:

De forma extensiva, o comum é mobilizado em comunicação de uma luta local a outra. Tradicionalmente, como já observamos, a expansão geográfica de movimentos assume a forma de um ciclo internacional de lutas no qual as revoltas disseminam-se de um contexto local a outro como uma doença contagiosa, através de comunicação de práticas e desejos comuns. (NEGRI e HARDT, 2005, pp. 276-277).

O modo como o movimento foi se organizando permitiu que as singularidades locais fossem inseridas numa rede de interação nacional. 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: usuários de

drogas, portadores de HIV, *gays*, travestis, profissionais do sexo. Nesse modo de organização, o movimento de RD propôs e construiu uma gestão 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 ciclo global de lutas desenvolve-se na forma de uma rede disseminada. Cada luta local funciona como nodo que se comunica com todos os outros nodos, sem nenhum eixo ou centro de inteligência. Cada luta mantém-se singular e vinculada as suas condições locais, mas ao mesmo tempo está mergulhada na rede do comum. Esta forma de organização constituiu o exemplo político mais plenamente realizado de que dispomos do conceito de multidão. A extensão global não nega a singularidade de cada um daqueles que participam da rede. O novo ciclo global de lutas organiza e mobiliza a multidão. (NEGRI e HARDT, 2005, p. 281).

Como vimos, houve um desatrelamento do movimento de RD da máquina estatal, embora esse processo de autonomização não tenha implicado um total afastamento dos aparelhos de Estado, sobretudo no que se refere aos financiamentos das ações. A busca de autonomia resultou numa outra forma de relação com o Estado, principalmente no que se refere ao fato de que, apesar da RD ter sofrido retaliações dos aparelhos de Estado, ela tornou-se um direito constitucional, um dever do próprio Estado. A mobilização da RD produziu uma relação paradoxal em que o movimento social encontrou-se “no Estado e contra ele”. (BENEVIDES DE BARROS; PASSOS, 2005, p.570). Definiu-se, assim, um “meio de exterioridade ao Estado” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 12), que conjura as políticas totalitárias por meio da gestão comum. Dessa forma, as redes estabeleceram uma zona de transversalização entre os interesses das minorias e as forças democráticas que se instauraram no interior da máquina estatal. As redes de mobilização não permitiram que as políticas públicas de drogas se resumissem ao controle estatal, assegurando, por sua vez, a participação dos usuários de drogas e redutores de danos na construção das mesmas.

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, “adotando como diretriz metodológica a construção de Espaços Coletivos. Entendendo-se por Espaços Coletivos arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; e onde, de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações.” (CAMPOS, 2000, p. 42). A gestão comum é um modo de operar com os efeitos gerados pela mobilização, é um método de co-gestão realizado em Espaços Coletivos, em dispositivos grupais de gestão. “A co-gestão, realizada em Espaços Coletivos, é um caminho para democratização e para a desalienação da maioria” (CAMPOS, 2000, p. 28). 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 comum da RD que muitas pessoas abandonam ou diminuem o uso de drogas quando experimentam um contexto no qual se sentem acolhidas, 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 assembléias da associação que faça parte:

A Formação de Compromisso, a elaboração e gestão de Contratos e de Projetos criam uma Região intermediária, um espaço de mediação entre forças imanentes ao Sujeito e outras produzidas com grande exterioridade a ele. Uma Região em que há possibilidade de se reconstruir a dominância das necessidades sociais e dos fatos instituídos, bem como de se recompor imposições internas. Um espaço em aberto, um jogo entre distintas possibilidades, um lugar de recomposição de poder, um espaço em que o novo resulta da multiplicidade de sínteses que o Sujeito mediante a influencia e pressão de todos estes Planos. Enfim: espaços em que a práxis concreta dos Sujeitos, o agir interpessoal, a política, ou a gestão propiciam relativo grau de autonomia. (CAMPOS, 2000, p. 70).

O método da RD acolheu o usuário de drogas numa proposta coletiva de gestão que é também um método coletivo de cuidado, uma clínica do coletivo. 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. “Com o tempo, desenvolvendo sua forma produtiva baseada no comum, a multidão pode mover-se [...] e sair do outro lado, para expressar autonomamente e governar a si mesma.” (NEGRI; HARDT, 2005, p. 142). O método da RD mobilizou um governo em rede, uma nova democracia exercida pelos próprios “agentes biopolíticos”: os redutores de danos.

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. 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).

Segundo Campos, o método da co-gestão realizado em Espaços Coletivos nos permite pensar uma co-produção 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 estrangidos a desvendar e a lidar para seguir

vivendo.” (CAMPOS, 2000, p. 68). A gestão comum, ou co-gestão produz uma inseparabilidade entre co-produção de coletivos e co-produção de sujeitos autônomos, o que nos trás 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. Vejamos como o cuidado de si emerge como um importante efeito da gestão comum.

### 3.2.4 – Co-responsabilização

Neste ponto, faz-se necessário retomar a discussão apresentada no primeiro capítulo, quando abordamos o tema da moral da abstinência. A abstinência, considerada como regra de conduta moral, não se exerce nas sociedades atuais da mesma forma que era nas sociedades cristãs antigas. Na atualidade, podemos ver uma articulação entre a moral cristã e as tecnologias disciplinares, criando um diagrama tecido pelo poder psiquiátrico, o poder pastoral e o poder jurídico.

Quando, no primeiro capítulo, analisamos a relação entre o saber psiquiátrico e o direito penal, a abstinência comparecia como eixo articulador que conferia uma direção às práticas de tratamento para usuários de drogas. Não se trata, portanto, de concluir que a abstinência seja por si só seja um regra coercitivas, mas de analisar as relações de poder que conferem a abstinência um estatuto dogmático, no qual ela comparece como única meta possível e ser alcançada pelos tratamentos de pessoas que usam drogas. Tal direção torna indistintas as diferentes relações possíveis com as drogas e tornam todos os usuários igualmente doentes crônicos. Mostramos como a moral cristã articulou o campo da justiça ao campo da saúde, fazendo da abstinência, ao mesmo tempo, uma norma psiquiátrica e uma forma jurídica reguladora das condutas desviantes: uma regra coercitiva que impõem limites rígidos ao campo da saúde. As relações de poder produzem uma correlação entre usuário de drogas, doente, criminoso e pecador e, conseqüentemente, a regra da abstinência se agencia às funções de curar, punir e salvar. Funções estas atualizadas por diferentes dispositivos de poder: hospital psiquiátrico, prisão e fazendas terapêuticas. Nesta lógica, não só o prazer proporcionado pelas drogas, mas as drogas em si devem ser combatidas, pois são associadas

ao mal, ao pecado e a doença. A abstinência se impõe, portanto, como uma regra que se aplica, indiscriminadamente, às pessoas que usam drogas.

Vejamos como este problema é apontado pela Política Integral de Álcool e Outras Drogas:

Comprometer-se com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção ao usuário de álcool e outras drogas exige exatamente a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, “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. Frente a este objetivo, são traçadas estratégias de abordagem para sua consecução: redução de oferta e redução da demanda. Para a primeira estratégia, conta-se com a ação da justiça, da segurança e da defesa. Para a segunda, a operação substancial tem-se dado através de tratamentos de internação com afastamento do usuário do agente indutor. (BRASIL, 2003a, p. 10).

Reduzir a oferta e a demanda são como duas faces de uma mesma lógica que tornam indistintos “tratamento” e “punição”. O tratamento para usuários de drogas torna-se, assim, subordinado à lógica totalitária que impõe a abstinência como única meta a ser alcançada; e o campo da saúde pública, por sua vez, circunscrito por um perímetro que impõe limitações ao pleno exercício da democracia tal como previsto na Constituição e na lei do SUS. Nesse sentido, a própria abstinência passa a ser objeto de intervenção da política nacional adotada pelo Ministério da Saúde:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. (BRASIL, 2003a, p. 10).

Como a RD subverteu essa macabra articulação do poder? Para responder a esta questão, é preciso entender como a RD equivocou o eixo que articula esses diferentes campos: a própria lógica da abstinência. Tal equivocação não reside no fato da RD ser contrária a abstinência, mas sim no fato de que a RD permite que a abstinência se torne uma das regras possíveis a serem exercidas e não a única e indispensável para todo caso clínico.

É nesse sentido que as pesquisas de Foucault (1994) nos auxiliam a pensar e agir diferentemente, buscando, na Grécia Antiga, inspiração para propor um método do cuidado de si. A partir de Foucault, podemos entender a “história da moral” como a história dos

métodos de conduta, dos modos como os sujeitos se relacionam com o prazer. Esta história comporta muitas relações possíveis que variam entre métodos que enfatizam a obediência das regras de conduta (história dos códigos) e outros que enfatizam modos de criação e apropriação das regras (história do cuidado de si). Quando a ênfase se encontra ao lado das regras, as relações prazerosas permanecem submetidas às normas institucionais, logo, as condutas são dirigidas para a obediência, constituindo “modos de sujeição”. Seria este o caso da regra da abstinência imposta pela moral cristã e pelas instituições disciplinares de tratamento: “nessas condições a subjetivação se realiza, basicamente, de uma forma quase jurídica, na qual o sujeito moral se refere a uma lei ou a um conjunto de leis, à qual ele deve se submeter, sob pena de cometer faltas que o expõe ao castigo” (FOUCAULT, 1994, p. 29).

Há, no entanto, uma outra relação com o prazer, na qual a ênfase não recai sobre as regras, mas sim sobre os modos como os sujeitos, delas, se apropriam e constituem um modo de vida singular e autêntico: “artes da existência”.

Deve-se entender, com isso, práticas refletidas e voluntárias pelas quais os homens não apenas determinam para si mesmos regras de conduta, como também buscam transformar-se, modificar-se em seu lugar singular, e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e corresponda a certos critérios e estilos (FOUCAULT, 1994, p. 15).

Nesse caso, as regras não são definidas *a priori*, elas são construídas na dimensão processual do viver, no cotidiano e, principalmente, constituem o próprio sujeito. Como mostramos no primeiro capítulo, os gregos se preocupavam em criar regras de conduta frente aos prazeres a que tinham direito de usufruir enquanto homens livres: os códigos morais eram regras de prudência e não de interdição e punição. Deste ponto de vista, a história da moral procurou olhar não para os códigos morais, mas para os modos como os sujeitos se apropriavam dessas regras, uma história das atitudes que os sujeitos tomavam frente aos códigos. “Eis o que se poderia chamar de história da ‘ética’” (FOUCAULT, 1994, p. 29).

O pensamento de Foucault nos auxilia a pensar o prazer como ponto de problematização da própria vida e, a partir desta perspectiva, entender como a RD propõe um método de cuidado com ênfase na criação de regras facultativas: “cuidado” como produção de sujeitos autônomos. A co-responsabilização é uma diretriz que aponta para os processos de autonomização. A etimologia da palavra autonomia vem de *autos* (próprio) *nomos* (lei, regra), ou seja, a RD é um método de cuidado no qual as pessoas encontram condições de definirem suas próprias regras, regras autônomas.

Se, por um lado, a abstinência definiu o prazer como ponto de incidência do poder que subjuga os usuários de drogas, a RD tomou o prazer como ponto de produção de regras

autônomas, propondo um cuidado que resiste ao poder: prazer como ponto de problematização de si e do poder. Vejamos o relato de uma redutora de danos:

Antes eu não tinha limite, eu usava crack todos os dias e tava muito mal. Depois de entrar para a redução de danos e me tornar uma redutora, eu passei a criar regras e fui diminuindo. Acho que a principal coisa que eu aprendi na RD foi redescobrir o prazer das drogas que eu tinha perdido. Eu não tinha mais prazer, era só “nóia”, o crack é muito brabo. Agora eu só tomo cerveja e, às vezes, uso cocaína, mas raramente. Chego há ficar dois meses sem usar, às vezes, uso só no final de semana, mas uso com prazer. (informação verbal)<sup>26</sup>.

Não podemos negar que a RD comporta certa moral, à medida que a regra \_ como, por exemplo, “não compartilhar seringas” \_ define uma conduta que se alia a valores como defesa da vida e da saúde. Há uma moral implícita no método de cuidado da RD, mas queremos destacar que a ênfase encontra-se ao lado das práticas de si, ao lado das formas autônomas de cuidado, da co-responsabilidade.

A troca de seringas, por exemplo, nos auxilia a pensar uma nova atitude que deixa de ter como objeto de intervenção as drogas e adota como foco de intervenção, o contexto, o território e os agenciamentos feitos com as drogas. A regra inicial, “não compartilhar seringas”, oferece um suporte para a produção de outras regras de cuidado que acompanham a produção de novos modos existenciais. 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 nestes casos trata-se de uma meta co-pactuada e não de uma regra imposta por uma instituição. As regras da RD, mesmo a abstinência, são imanentes à própria experiência e não se exercem de forma coercitiva, enquanto regras transcendentais.

A co-responsabilidade emerge como efeito da co-produção 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 co-responsabilização depende do modo como os usuários de drogas se apropriam desta regra, depende das atitudes que começam a emergir deste encontro. A co-responsabilização pode ter muitos desdobramentos possíveis, pois são muitos os dispositivos que a RD dispõe para dar continuidade a este processo. A co-responsabilização pode caminhar de uma dimensão mais individual para uma dimensão mais

---

<sup>26</sup> Entrevista com redutora de danos em São Paulo, 2007.

coletiva, passando de um cuidado de si para um cuidado do outro, dependendo dos dispositivos que os usuários de drogas passam a integrar. Estes 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 co-responsabilidade 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 na proporção que refuta uma moral aplicada de forma homogênea a todos os sujeitos, como, por exemplo, a idéia transcendental de cura. A RD propõe uma substituição do paradigma racionalista saúde-doença, no qual a direção de tratamento é a remissão de sintoma: a cura. Ao se livrar do *furor curandis*, a redução de danos apresenta um campo aberto de possibilidades clínicas, pois não se prende à demanda de ser uma instituição voltada para “a salvação das almas perdidas” ou para a “cura” de doentes crônicos, “incuráveis”. Logo, o usuário de drogas deixa de ser considerado um doente a ser curado e as questões passam a ser múltiplas: 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 co-responsáveis 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. Entretanto, os diversos embates enfrentados pela RD nos indicam que esta nova metodologia de cuidado deve investir na criação de condições políticas que garantam a sua sustentabilidade.. É num campo perpetuo de interações entre a clínica e a política que devemos pensar a metodologia da RD. A inseparabilidade entre a clínica e a política forçou a RD a congregar um conjunto de funções que dessem consistência a esta nova metodologia de cuidado.

### 3.2.5 – Cooperação

O método da RD se apresenta na interface entre a clínica e a política, produzindo uma alteração dos lugares instituídos de saber, sobretudo o lugar daquele que “cuida” e daquele que é “cuidado”. É sobre este ponto que encontramos o caráter, ao mesmo tempo, mais democrático e mais radical desta política: quem cuida, na maioria das vezes, é o próprio usuário de drogas, trabalhando como redutor de danos. Cabe lembrar que a RD foi criada

na Holanda pelos próprios usuários de drogas. Distinguir redutor de danos de usuário de drogas não é mero capricho didático, mas sim a indicação de uma importante modulação clínico-política produzida pela RD.

Para entendermos a face mais radical deste dispositivo, devemos relembrar o papel do protagonismo na criação de modelos de atenção e gestão das políticas de DST/AIDS. Neste ponto, deparamo-nos com uma equivocação dos lugares instituídos pela clínica: Quem trata? Quem é tratado? Quem é o clínico? Quem é o doente?

O Ministério da Saúde, por meio de uma política transversal, procurou superar uma distância genealógica que existe entre o campo da Saúde Mental e o campo da DST/AIDS. Entretanto, tal distância ainda causa muitas confusões, principalmente quanto ao modelo de atenção e gestão proposto pela RD. Como vimos anteriormente, a genealogia dos modelos de atenção e gestão de DST/AIDS se distinguem da genealogia dos modelos de atenção em saúde mental. O termo genealogia (FOUCAULT, 1986) nos faz relembrar que os modelos de atenção e gestão em questão foram construídos mediante diferentes embates e lutas, mediante diferentes relações de saber-poder.

No campo da Saúde Mental, os modelos de clínica operam uma distinção entre quem trata e aquele que é tratado, porém no campo das DST/AIDS esta distinção, muitas vezes, não existe, sobretudo nas organizações civis. Embora a Reforma Psiquiátrica tenha equivocado o poder psiquiátrico, o campo da Saúde Mental encontra-se regido por especialismos que delimitam um campo de atuação pautado numa clara distinção entre o lugar do clínico e o lugar do paciente. Os especialismos são formas de conhecimentos produzidos por meios disponibilizados para uma pequena parcela da população: universidades, especialização etc. Nesse sentido, o campo da saúde pública encontra-se dividido entre aqueles que “sabem” e aqueles que “não sabem”. Os que sabem detêm um conhecimento, seja sobre o corpo, a higiene, o comportamento, o inconsciente, o desejo, mas também sobre a gestão, a epidemiologia etc.

No campo das DST/AIDS, os modelos de atenção foram construídos pelos grupos minoritários em um processo que Spink (2001) denominou de “construção coletiva do conhecimento”. A emergência da AIDS foi acompanhada tanto de práticas científicas quanto de práticas sociais que disputavam lugares de poder. Porém, as práticas de atenção com populações vulneráveis e a atenção aos infectados foram construídas, sobretudo no início da trajetória da AIDS, pelos próprios grupos estigmatizados. O protagonismo teve uma importância para o controle da epidemia, criando métodos de produção de conhecimento que não passavam necessariamente pelo crivo dos especialismos. O surgimento das primeiras

organizações de pessoas vivendo com AIDS (GALVÃO, 2000) pode ser entendido como um marco da alteração dos lugares instituídos entre aqueles que “sabem” e aqueles que “não sabem”, entre aqueles que tratam e aqueles que são tratados.

Foi nessa cadeia genealógica que surgiram as primeiras organizações de pessoas usuárias de drogas, propondo novos métodos clínico-políticos. Dessa forma, o protagonismo ativado pelo método da RD inverteu o modo de produção de conhecimento e, conseqüentemente, dos lugares instituídos de saber. A clínica da RD inverteu a lógica metodológica de produção de conhecimento, de que é preciso conhecer para intervir, para uma outra, de que é preciso intervir para conhecer. O método de intervenção da RD seguiu uma produção coletiva do conhecimento, um conhecimento continuamente produzido pelos redutores de danos a partir das imprevisibilidades, tanto clínicas quanto políticas. A construção coletiva de práticas de cuidado, realizada por pessoas que, a princípio, deveriam ser pacientes, doentes ou criminosos, equivoca os lugares instituídos de saber. A distinção entre “quem cuida” e “quem é cuidado” não pode, então, ser definida a priori, a partir de lugares estabelecidos de antemão. Na RD, o lugar de cuidador emerge a partir da própria experiência coletiva, ele surge a partir de uma tomada de atitude. A atitude de cuidado pode ser tomada por qualquer um que coopere clínico-politicamente, de modo que a localização do cuidador deixa de ser legitimada por uma especialidade, tornando-se referida a uma postura ética.

Dessa forma, a questão inicial \_ quem é o clínico? \_ revela-se um falso problema, ou melhor, como um problema introduzido por lugares de saber-poder. Somos forçados a buscar uma outra solução que modula a questão inicial em outra: quem exerce a função da clínica?

Podemos, agora, perceber que a genealogia dos modelos de clínica nas DST/AIDS contou, desde o início, com a participação social, a partir da qual, muitas vezes, profissional de saúde, infectado e gestor das políticas passaram a ser atributos de uma mesma pessoa, evidenciando um método de hibridação dos lugares instituídos. No caso da RD, o redutor de danos é um agente que, em muitos casos, exerce esta função híbrida, sendo, a um só tempo, cuidado, cuidador e gestor. O redutor de danos ocupa, então, uma função de passagem entre aquele que trata e aquele que é tratado, de forma que não podemos defini-lo pelo lugar que ocupa, mas sim pela função que exerce. Essa função, por sua vez, não é definida de antemão por um saber especialista, ela é o efeito emergente de uma produção coletiva de cuidado.

A questão da cooperação ganha especial relevância neste modelo de clínica, uma vez que as posições assumidas dentro de uma rede de cuidado redefinem posições subjetivas. Dessa forma, a RD se apresenta como uma função multiplicadora do cuidado.

Neste ponto, podemos entender que a troca de seringas, por exemplo, não se reduz a sua dimensão material. Mais do que um ato de trocar seringas, a RD instaura um método de produção de agenciamentos cooperativos que são, ao mesmo tempo, produtor de um conhecimento sobre si, sobre saúde coletiva e sobre métodos de cuidado. O que Spink (2001) definiu como uma “produção coletiva de conhecimento” se aproxima do que Guattari (1996) denominou de “agenciamentos coletivos de enunciação”. Nesses casos, o conhecimento emerge como efeito dos agenciamentos que são produzidos coletivamente.

O redutor de danos torna-se um agente multiplicador, à medida que as conexões afetivas que ele estabelece no território criam redes cooperativas. Nestes casos, são os próprios usuários de drogas que constroem modelos de atenção dinâmicos e flexíveis, garantindo a equidade das ofertas em lugares, normalmente, violentos e de difícil acesso. Donos de bar, aviãzinho da boca-de-fumo, padres da igreja, muitos atores tornam-se agentes multiplicares de cuidado, produzindo novos agenciamentos cooperativos.

Talvez, nesse ponto, encontremos um importante efeito político, quando os grupos minoritários tomam para si a tarefa do cuidado e da gestão das políticas. O princípio da participação social é apropriado pela coletividade, conferindo um especial contorno para a democracia prevista no SUS. Mas, também, nesse ponto temos um importante efeito clínico, pois o usuário de drogas passa a colaborar biopoliticamente, agora como redutor de danos. Dessa forma, o saber produzido pelo redutor de danos só pode ser apreendido dentro de um contexto coletivo, um fazer-saber que é efeito de uma rede de cooperação em defesa da vida, uma rede biopolítica.

A rede de atenção construída pela RD nos força a entender a clínica não mais como uma questão tópica, mas como uma questão ética, em outras palavras, a clínica não deve ser entendida como um lugar, mas sim uma função que pode e deve ser exercida por qualquer um. Nesse ponto, o princípio da participação social emerge como uma proposta radical capaz de conjurar os lugares instituídos de saber-poder e recolocar a produção de conhecimento num plano de produção coletivo. O que se observa é que a própria clínica sofre uma deslocalização dos lugares instituídos de saber-poder e passa a estar num plano de produção coletivo tecido por agenciamentos cooperativos.

### 3.2.6 – Ação no território

As diversas modalidades de clínica a céu aberto se vêem diante do desafio de fazer do território um espaço de produção de subjetividade. Como manejar clinicamente no território? Como produzir mudanças existenciais nos territórios?

Um bairro na periferia de São Paulo, uma comunidade ribeirinha no Acre, uma favela no Rio de Janeiro são alguns exemplos de territórios com os quais a RD se depara. Cada pedaço de terra, sobre a qual os redutores de danos caminham, é contornado por territórios existenciais singulares. O que podemos estabelecer de comum entre uma boca-de-fumo em São Paulo, um cortiço em Niterói, um ponto de prostituição em Recife e uma favela de palafitas em Salvador? Que efeitos esses territórios apresentam ao serem atravessados pelos fluxos de drogas? E que efeitos de territorialização a RD é capaz de instaurar nestes territórios?

Ao caminharmos à noite, no centro velho de São Paulo, próximo ao bairro da Cracolândia, passamos por um grande número de nigerianos que controlam o tráfico de drogas local. Mas também nos deparamos com os coreanos, comerciantes de calçada que deixaram seu país, e com jovens que, movidos pelo consumo, principalmente do crack, trocaram suas famílias pelas bocas-de-fumo.

No bairro do Gragoatá, em Niterói, ao visitarmos uma família, o redutor de danos relatou que as pessoas pelas quais passamos na entrada do cortiço eram traficantes. Ao subirmos as escadas escuras, nos deparamos com crianças brincando entre poças de esgoto, rodeadas por casas de madeira equilibradas entre os lixos e os barrancos.<sup>27</sup>

Na periferia de Salvador, o redutor de danos caminhava sobre as palafitas e, em meio ao lixo, encontrou seringas e latas velhas usadas para o consumo de cocaína e de crack. Moradores comentaram que convivem entre os ratos e que, além do redutor de danos, o único agente do Estado que, às vezes, passa por ali são policiais “atrás” das drogas (MANSO; MEDEIROS, FORMAGGINI, 2003).<sup>28</sup>

Nos bairros fronteiros de Mato Grosso, os redutores de danos se deparam, cotidianamente, com o uso abusivo de álcool e outras drogas (merla, crack, pasta) entre índios que já não encontram mais, em suas tribos, um território existencial (MEDEIROS;

---

<sup>27</sup> Diário de Campo utilizado durante os acompanhamentos que realizei junto aos redutores no trabalho de campo.

<sup>28</sup> REDUÇÃO DE DANOS: UM OLHAR DE DENTRO. Direção, roteiro e produção ABAREDA e Marco Manso; Direção Geral Márcia Medeiros, Produção Executiva Beti Formaggini, Edição Flávia Celestino, Salvador: 2003. 1 videocassete.

FORMAGGINI, 2003).<sup>29</sup> Processos semelhantes, segundo os redutores de danos, são encontrados, também, nas comunidades ribeirinhas do Acre.

Os nigerianos que saíram da África, os índios que deixaram suas tribos, os jovens que abandonaram suas casas, são vidas “desterritorializadas” pelos fluxos do capital: fluxos de dinheiro, fluxos de pessoas, fluxos de drogas que são regulados pela lógica de mercado. Nesse sentido, o conceito de território deve ser apreendido a partir dos processos que interferem sobre as existências: processos de desterritorialização e reterritorialização (DELEUZE; GUATTARI, 1997). O avanço do capitalismo foi acompanhado de um processo generalizado de produção de desigualdades, desapropriação de terras, produção dos grandes fluxos migratórios, desconstrução de referências comunitárias e culturais etc. Os territórios marginalizados são submetidos ao movimento paradoxal de desterritorialização e reterritorialização, que produz, como efeitos de um mesmo processo, aumento da marginalização, aumento da repressão e aumento do mercado consumidor.

No primeiro capítulo, vimos que o progresso do Estado brasileiro foi acompanhado pelo avanço do mercado capitalista, alargando as frentes de produção, de consumo e de circulação de mercadorias, dentre elas, as mercadorias genericamente conhecidas como drogas. A liberação dos fluxos de drogas no Brasil foi, historicamente, produtora de fluxos de pessoas, de trabalho, de vidas desterritorializadas. “Física, psicológica ou social, a desterritorialização é relativa na medida em que concerne à relação histórica da terra com os territórios que nela se desenham ou se apagam” (DELEUZE; GUATTARI, 1993, p. 116). A desterritorialização é, a um só tempo, um processo geográfico e subjetivo, à medida que os territórios físicos e existenciais são alterados por seus fluxos.

A desterritorialização, no entanto, vem sempre acompanhada por uma outra operação, que, ao invés de invertê-la, a complementa: a reterritorialização. Os fluxos desterritorializados são reterritorializados através de infinitos dispositivos de controle que incidem, normalmente, de forma violenta em territórios miseráveis. “Quem pode manter e gerar a miséria, e a desterritorialização-reterritorialização das favelas, salvo polícias e exércitos poderosos que coexistem com a democracia? Que social-democracia não dá a ordem de atirar quando a miséria sai de seu território ou gueto?” (DELEUZE; GUATTARI, 1993, p. 139). Os modos de regulação dos fluxos de drogas ganham tonalidades mais sinistras quando nos afastamos das rodas de maconha nas areias de Ipanema e nos aproximamos das zonas de pobreza.

---

<sup>29</sup> REDUÇÃO DE DANOS: UM OLHAR DE DENTRO. Material bruto da oficina de produção de vídeo. Direção Geral Márcia Medeiros; Produção Executiva Beti Formaggini, Rio de Janeiro, 2003.

Doente, criminoso, consumidor, traficante, são estigmas que se constituem junto a práticas que controlam não só os fluxos de drogas, mas a vida das minorias marginalizadas. O conceito de fluxo de drogas nos permite entender as drogas como um problema não só químico, mas subjetivo e político, deslocando nossa análise da substância em si e focalizando os modos de sujeição que são atribuídos às drogas. O Estado criou modos de controlar os territórios miseráveis que o próprio avanço da nação não para de produzir e que, incessantemente, transbordam os limites impostos pelos dispositivos de controle. O processo de reterritorialização pode se dá tanto pelas práticas coercitivas do próprio Estado quanto pela produção de subjetividade consumista que arrasta milhares de vidas a investimentos mortíferos, seja na condição de consumidor compulsivo de drogas, ou na condição de integrante das linhas de combate do tráfico de drogas.

O que pode a clínica diante dos modos de sujeição que regulam os territórios existenciais atravessados pelos fluxos de drogas?

É possível que a reivindicação por uma clínica peripatética, ou cartográfica, se insira numa tal manutenção histórica caracterizada pela nomadização atual dos fluxos de toda ordem, e da própria subjetividade. Mas como no judô, trata-se de aproveitar o movimento do adversário para derrubá-lo. Ao lutar contra a produção maciça da impotência subjetiva, num contexto de desterritorialização generalizada, trata-se de inventar linhas de fuga aptas a relançarem o movimento na direção de outras possibilidades de subjetivação. (PELBART apud LANCETTI, 2006, p. 13)

A clínica peripatética (LANCETTI, 2006) nos parece uma importante direção para pensarmos o método da territorialização operada pela RD. Trata-se de uma modalidade de clínica que se efetua caminhando, uma diretriz para as experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento nos territórios:

Essas estratégias são destinadas para pessoas que não se adaptam para os protocolos clínicos tradicionais – toxicômano, violentos, esquizofrênicos, jovens sobretudo -, quando dispositivos psiquiátricos, pedagógicos, psicológicos ou psicanalíticos não funcionam. (LANCETTI, 2006, p.19).

O trabalho dos redutores de danos não se restringe a distribuir seringas e criar uma relação entre o território e as clínicas institucionais. A RD é uma modalidade de clínica que se realiza no próprio território, uma clínica peripatética. A territorialização não é uma função entre as outras, ela é a função que reuni todas as outras e se serve de uma ou de outra para criar territórios existenciais. Transversalização, ampliação, mobilização, cooperação são funções que se atualizam no território e são utilizadas pelo método da RD para produzir territórios existenciais. Os caminhos clínicos são definidos a partir dos agenciamentos produzidos no território e conferem a direção para um “projeto clínico-político”.

Territorialização torna-se, assim, uma operação que se distingue de desterritorialização e reterritorialização. Enquanto estas duas compõem uma mesma operação de sujeição, territorialização é um modo de subjetivação entendido como criação de territórios autônomos e singulares.

Os processos de desterritorialização exigem respostas flexíveis e variadas que permitam diferentes agenciamentos cooperativos. Dessa forma, o método da RD dispõe de um conjunto de dispositivos que permitem uma territorialização dos fluxos desterritorializados de pessoas, de drogas, de trabalho. A RD inverte o processo de desterritorialização num processo de mobilização comum que se volta contra os modos de sujeição. A ação no território permite que o processo de territorialização seja redirecionado a partir dos diferentes agenciamentos que são feitos no território. O método da RD disponibiliza diferentes dispositivos grupais e participativos, tecendo continuamente um novo território existencial. É nesse sentido que a RD é, a um só tempo, um método clínico e político, oferecendo respostas eficazes para o consumo abusivo de drogas e aos problemas políticos que marginalizam os usuários de drogas. A RD procura responder, de forma dinâmica e variada, aos processos de sujeição do Estado e aos axiomas de consumo produzidos pelo capitalismo. Pois “a produção biopolítica da multidão tende a mobilizar o que compartilha em comum e o que produz em comum contra o poder imperial do capital global”. (LANCETTI, 2006, p. 142).

O método da RD promove uma mobilização comum no próprio território, invertendo a lógica desterritorializante que se abate sobre as vidas nas favelas, palafitas, cortiços, etc. Ao mesmo tempo, a RD permite que as redes locais se comuniquem com as redes de produção biopolíticas em todo o Brasil. A territorialização é uma operação que permite uma interação com os diversos dispositivos de atenção e gestão disponibilizados pela RD. Esses dispositivos podem ser das associações de redução de danos, do SUS, das organizações de direitos humanos. A territorialização produz uma interação entre o âmbito local e o âmbito nacional, um movimento circular que é disparado no território e passa por diversas instâncias de gestão e atenção.

Nesse sentido a territorialização pode ser uma função que tenha como ponto de partido o território geográfico e local, mas que pode ampliar-se para um contexto nacional. O processo de territorialização transborda os limites geográfico conferindo uma nova espacialidade subjetiva. O território existencial produzido pela RD pode ser entendido neste sentido, mais como uma nova posição do que como simplesmente uma ampliação geográfica.

A clínica da RD engendra nos territórios geográficos novos processos subjetivos, conferindo um novo lugar para a própria prática clínica.

“Se a Redução de Danos pode transformar-se numa clínica, é porque pode transformar-se num desvio que consiste em criar uma experimentação da vida ali onde o empreendimento é mortífero.” (LANCETTI, 2006, p. 82). A RD não toma por mortífero o uso de drogas em si, mas todo o contexto de extermínio que intervém sobre os territórios miseráveis:

Os crackeiros, ao fumarem maconha, não somente substituem uma prática que produz asma brônquica, infecção respiratória e acidentes vasculares cerebrais, mas ligam os sujeitos a outros com outros parâmetros de cooperação, de solidariedade e de convivência (LANCETTI, 2006, p. 83).

Os redutores danos são, antes de tudo, agenciadores de um coletivo que reverte o sentido negativo de contágio como índice de morte, para um sentido positivo de contágio como produção de vida, vida contagiante:

O conceito de ampliação da vida é uma ponta de lança para desbravar um campo extremamente complexo. Ele é vital para a sustentação da posição de terapeutas de casos-limite ou de casos quase intratáveis. Ele é vital para elaboração de territórios existenciais inéditos, capazes de tolerância, ancorados na construção do *comum* e é vital também porque nos permite fugir da posição de derrota e de impotência a que nos condenam as campanhas antidrogas e a ideologia da abstinência. (LANCETTI, 2006, p. 85)

É nesse limite, entre a vida e a morte que encontramos um paradoxo inerente ao próprio método da RD: reduzir é ampliar; ampliam-se as conexões, as redes biopolíticas, o coeficiente de transversalidade. Usuários de drogas que viviam marginalizados passaram a cooperar biopoliticamente à medida que foram inseridos na rede de RD. O método da territorialização amplia as conexões, criando redes de vida, e, com isso, um aumento da potência do viver (SPINOZA, 1965). Este aumento de potência ocorre por uma conexão que delimita territórios cooperativos, produção de território comum, uma produção biopolítica.

### 3.3 – O paradigma da RD

A Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas foi produtora de importantes modulações institucionais, dentre os quais iremos destacar a emergência da RD como um paradigma que se opõe ao paradigma da abstinência. Nos tópicos anteriores analisamos a consolidação da RD como um método clínico-político realizado por diferentes dispositivos concretos. Entretanto, a emergência da RD como um

paradigma nos indica uma outra operação, que ganhou especial relevância na interiorização da RD na máquina estatal.

Como vimos a RD possui três dimensões, uma concreta e atual (realizada pelos dispositivos), uma processual (que corresponde ao método consolidado durante o próprio percurso histórico da RD) e uma terceira dimensão, abstrata e virtual (que corresponde a emergência da RD como um paradigma). Podemos concluir que estas três dimensões são instâncias que se distinguem, porém não se separam e constituem o próprio sentido de RD que buscamos definir. Porém, para chegarmos a esta conclusão devemos entender a inseparabilidade entre estas três instâncias como efeito de um ato político gerado pelo atravessamento entre a gestão comum e a gestão estatal.

A emergência da RD como um paradigma no interior da máquina estatal não garante que a gestão comum, realizada pelos dispositivos coletivos, seja um método adotado pela política estatal. Como garantir que a política de Estado inclua o exercício coletivo do paradigma da RD? Como garantir que usuários de drogas, travestis, prostitutas continuem a combater às políticas totalitárias que os sujeitam? Retornamos ao velho problema entre minorias marginalizadas e o funcionamento da máquina estatal.

A emergência da RD como um paradigma possibilitou que este método fosse exercido por diferentes instituições, mas também possibilitou a segmentarização entre a prática discursiva da RD e a prática metodológica da RD. A afirmação e a defesa da RD como um paradigma podem facilmente ser apropriadas em diferentes contextos discursivos sem que estejam referidos ao método de gestão coletiva e participativa das políticas de álcool e outras drogas. Como forma de conjurar esta possível separação, a RD comparece a um só tempo como um paradigma e como um método na Política do Ministério da Saúde para Álcool e Outras Drogas, sendo, inclusive, criada uma portaria que possibilitasse o exercício do método realizado pelos redutores de danos no interior das instituições de tratamento: Portaria 1059 que destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas - CAPSad. Entretanto, é na esfera municipal que estas diretrizes nacionais deverão ser realizadas.

Em muitos lugares encontramos profissionais de CAPSad se perguntando como realizar a RD com usuários de álcool, pois estes representavam a população predominante nestas instituições. Em outros contextos, os profissionais se perguntam como realizar a RD sem distribuição de seringas. As duas questões apontam para o mesmo problema gerado pela possível separação entre paradigma e método. Quando um profissional de saúde se pergunta como realizar o paradigma da RD na sua instituição, ele está se perguntando do método da

RD. Nesse sentido devemos retomar as diretrizes atualizadas pelos diferentes dispositivos da RD e que nos permite criar novas perguntas: Como transversalisar os saberes e as disciplinas? Como incluir o campo da Saúde Mental no amplo contexto da Saúde Coletiva? Como incluir os usuários de álcool e drogas em espaços coletivos, nos quais eles possam participar da gestão da instituição? Como acessar a população criminalizada pelas políticas de drogas? Como acessar territórios de violência? Como criar territórios cooperativos? Como criar redes de interação e mobilização política?

Estas perguntas apontam para o método da RD e permitem que o paradigma da RD seja realizado em diferentes instituições e com diferentes populações. A operação de abstração realizada pela máquina estatal permite uma expansão da RD para diferentes contextos, mas representa, também, o risco de que o paradigma se descole do método, o que nos conduziria a uma RD sem redutor de danos, sem gestão comum, sem ação no território, separando a RD de sua própria história. Em suma teríamos uma política de saúde na qual a população afetada pela política antidrogas não participaria de sua formulação, ou seja, regrediríamos para as “velhas” imagens do poder construído pelas políticas estatais.

O paradigma da RD deve estar ancorado numa fundação consolidada coletivamente, na qual os embates com as políticas totalitárias possam ser enfrentados, também, pelos grupos minoritários. Caso contrário, as instituições de tratamento irão reproduzir os lugares de saber-poder que só conseguem incluir os usuários de drogas na condição de paciente ou doente. No melhor dos casos a RD será apropriado enquanto prática discursiva, deixando de lado a prática metodológica.

O desafio da RD é o próprio desafio da democracia: garantir às minorias a possibilidade de expressão e cooperação política, assim como disponibilizar formas de sustentabilidade financeira para que possam exercer funções públicas entendidas como gestão comum. Devemos nos perguntar quais instituições possibilitam, atualmente, que os usuários de drogas sejam os porta-vozes de sua própria política? Quais instituições possibilitam que usuários de drogas participem da construção de modelos de atenção? Que instituições incluem os usuários de drogas como agentes biopolíticos; protagonistas em defesa da vida? Acreditamos que estas perguntas possam orientar a consolidação de um paradigma no qual usuários de álcool e outras drogas possam participar da criação de dispositivos de atenção e gestão em distintas instituições.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Redução de Danos se apresentou como um objeto de pesquisa aberto e dinâmico, composto de muitas facetas e linhas de análise. O sentido polissêmico e ampliado da RD nos obrigou a delimitar alguns sentidos possíveis dentre muitos outros prováveis. Buscamos apresentar alguns aspectos que delimitaram uma cartografia das linhas que a compõe. Vimos que a RD é um “objeto novo” e defini-lo implicou desenredar as linhas que compõem este novo. (DELEUZE, 1991; 1996) Estas linhas compuseram três planos de análise organizados em três capítulos: o primeiro das políticas antidrogas, o segundo das políticas de saúde (Reforma Psiquiátrica e Movimento AIDS) e o terceiro plano de constituição da própria RD. A RD é um objeto que se constituiu na relação com os planos com os quais ele se articula, dito de outra maneira, definimos a RD a partir das relações que ela estabelece.

As “linhas de poder”, com as quais a RD possui uma relação de oposição, forçaram que ao longo do seu próprio percurso fossem criadas estratégias que superassem as práticas instituídas no campo das drogas. Da mesma forma, as “linhas de resistência” compuseram com a RD uma rede, entretanto, a RD se constituiu como um novo paradigma ao criar novos modos de gestão e atenção.

Dessa forma o nosso objeto/plano (RD) foi ganhando consistência num campo perpétuo de interação entre a clínica e a política, num plano de forças constituinte de novas práticas de gestão e atenção. A RD constituiu um novo diagrama para as relações de poder que atravessam as drogas, criando novos agenciamentos concretos com os usuários de drogas, diferentes dos agenciamentos usuário de drogas/criminoso e/ou usuário de drogas/doente. Ao produzir um novo agenciamento cooperativo - usuário de drogas/ agente de saúde - a RD ativa um poder constituinte das políticas de drogas, no qual os usuários de drogas e redutores de danos passam a definir novas diretrizes metodológicas. Nesse sentido o paradigma na RD é constituído por relações de força que passam “não por cima”, mas pelo próprio tecido dos agenciamentos que produz.

Como vimos, o processo de inversão de paradigma tem como ponto de partido a falta de cobertura territorial da rede de atenção a populações vulneráveis. Esta lacuna foi parcialmente preenchida pelo protagonismo das políticas de AIDS. Ao longo da pesquisa, pudemos perceber que as ações voltadas, inicialmente, para prevenção de DST/AIDS, como a RD, se depararam com a falta de cobertura para populações marginalizadas e estigmatizadas. Entretanto, mais do que fornecer acesso, a RD inventou um novo modo de criar acesso. A inclusão dos usuários de drogas como agentes de saúde no/do território produziu muitas

alterações de ordem paradigmática, dentre as quais destacamos a inclusão dos usuários de drogas como agentes colaboradores, invertendo o lugar de doente e/ou criminoso e substituindo o modelo hospitalocêntrico e medico-centrado. Não só a distribuição de seringas, mas o protagonismo e a ação no território foram metodologias iniciais que dispararam o processo de construção de um novo paradigma para o campo das políticas de drogas.

De modo geral, nossa pesquisa permitiu entender que entre o “vale tudo” da lógica do consumo e o “vale nada” da política antidrogas, a RD inventou um novo campo de articulação clínico-política. A RD inclui, num campo polarizado entre o “não as drogas!” e o “sim as drogas!”, um “como as drogas?”. Entre o imperativo proibicionista e o imperativo consumista a RD trouxe a tona diferentes experiências com as drogas e com isso diferentes possibilidades de cuidado que não se reduzem a abstinência. Mais do que se distinguir das propostas e métodos de “guerra às drogas” e dos métodos do comércio de drogas (lícitas ou ilícitas), a RD revelou que estes dois pólos, antes de formarem uma oposição, formam uma aliança que abre as portas para a própria lógica neoliberal que, na contemporaneidade, mantém forte relação com as guerras locais interligadas num sistema global. Pudemos acompanhar de que maneira, frente à violência da política de “guerra às drogas” a RD buscou inverter o medo em prudência, e territórios de violência em territórios cooperativos de ampliação de vida. Partindo da realidade dos próprios usuários de drogas, a RD insere uma proposta Ética no contemporâneo na medida em que mobiliza as coletividades para um cuidado de si a partir de práticas de gestão comum.

A RD permite um novo modo de inserção social e abre o campo das drogas para a reflexão sobre a maioria da população de usuários de drogas que não precisam, não desejam ou não conseguem parar de usar drogas. É dentro deste campo de multiplicidades que a RD busca operar, ou melhor, “operar com” (co-operar). O sentido de cooperação ganha um contorno clínico-político na medida em que constitui redes de mobilização, no qual, pessoas que usam drogas passam a colaborar biopoliticamente.

A RD vem conseguindo se afirmar como um caminho possível dentro do jogo de forças que compõe o campo político das drogas. Tal fato se deve, sobretudo, pela capacidade de mobilização que tal método pode produzir. Nesse ponto, a força da RD se apresentou mais como questão de ordem política do que técnica, pois equivoca a lógica totalitária que rege o universo das drogas na justa medida em que cria uma rede de mobilização comum. A possibilidade de incluir o usuário de drogas como sujeito político vem sendo um dos aspectos mais desafiadores da política de Redução de Danos.

Neste leque de questões muitas foram deixadas de fora, dentre as quais destacamos a problemática do redutor de danos enquanto uma classe profissional. Um dos fatores não abordados nesta pesquisa, mas que certamente tem um peso político e subjetivo de grande relevância é o fato de a RD ser uma via de inclusão de populações marginais no mercado de trabalho. Entretanto, o lugar não formalizado desta classe consegue no máximo uma inclusão em condições de trabalho precárias e muitas vezes atreladas a uma lógica de prestação de serviço. A precarização das relações de trabalho dos profissionais de saúde é um tema de grande abrangência, mas que reflete diretamente algumas questões que estão na agenda política do movimento de redutores de danos. A atual situação que o profissional redutor de danos enfrenta é central para que possamos pensar os desafios que o próprio método da RD enfrenta ao buscar instituir-se dentro da máquina de Estado. É dentro deste aspecto que localizamos as aberturas e perigos que a RD corre ao se apresentar como um paradigma. De modo geral, nossa pesquisa delimitou um plano de força composto por embates e alianças que se encontra em constante movimento. A interação entre a clínica e a política, compondo um plano em movimento, se tornou aspecto central para a nossa pesquisa. Logo, não só delimitamos alguns aspectos que trazem uma definição como buscamos introduzir um modo de acompanhar diferentes processos que constituem a Redução de Danos. Apostamos na construção de uma pesquisa que se concluísse como uma obra aberta, pronta para novos investimentos afetivos e políticos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABATE, Maria Cristina. No lugar da tutela, o diálogo e o protagonismo, In Fábio Mesquita e Célia Souza. (orgs.). *DST/AIDS A nova cara da luta contra a epidemia na cidade de São Paulo*. São Paulo: Raiz da Terra, 2003, pp. 25-38.

ADAIR, Elissa. A epidemiologia da Infecção pelo HIV em Santos. In Richard Parker (et. al) (org.). *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1994, pp. 69- 90.

AMARANTE, Paulo (org.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANDRADE, Vandejacso (et.al). De capital da Aids a porto da esperança, In Florianita Campos e Cláudia M. Henriques (orgs.) *Contra a maré a beira mar. A experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Página Aberta, 1997, pp. 178- 191.

ARAÚJO, Fábio. *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico*. Rio de Janeiro: Eletrônica, 2006.

AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BAREMBLITT, Gregório. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

\_\_\_\_\_. *Cinco lições sobre transferência*. São Paulo: Hucitec, 1996.

BENEVIDES DE BARROS, Regina e PASSOS, Eduardo. Clínica e Biopolítica na Experiência do Contemporâneo. In: *Psicologia Clínica*. PUC – RJ, vol. 13, n. 1, 2001, pp. 89-99.

\_\_\_\_\_. Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Revista Lugar Comum*. Rio de Janeiro, n. 19-20, jan-jun de 2004, pp. 159-171.

\_\_\_\_\_. *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005, pp. 561-571.

BASTOS, Francisco Inácio. Redução de Danos e Saúde Coletiva: Reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In Cristiane Sampaio e Marcelo Campos (org.). *Drogas, dignidade e inclusão social. A lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003, pp. 15- 44.

BATISTA, Vera Malaguti. *Difíceis ganhos fáceis*. Rio de Janeiro: Instituto de Criminologia Carioca/Freitas Bastos, 1998.

\_\_\_\_\_. Drogas e criminalização da juventude pobre. In Associação Beneficente São Martinho (org.). *No mundo da rua*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2001. p. 44-56.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. In Guimarães e Tavares (org.), *Saúde e Sociedade no Brasil nos anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994, pp. 171- 191.

RIBEIRO, Darcy. *Os Índios e a Civilização*. Petrópolis: Vozes, 1982.

BIRMAN, Joel. e COSTA, Fleuri. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In Amarante (org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, pp. 41-72.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Relatório Final III Conferencia Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. *A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília, 2003a.

\_\_\_\_\_. *Perfil das Associações e Redes Brasileiras de Redução/Redutores de Danos*. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília, 2003b.

\_\_\_\_\_. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, 2006.

BUENO, Regina. Estratégias de Redução de Danos em Santos – SP. In Francisco Inácio Bastos et. al (orgs.). *Troca de Seringa: Drogas e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, pp. 163 -169.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth. A assistência e a prevenção a AIDS no âmbito do SUS. In Carlos Passarelli (org.). *Assistência e prevenção à epidemia de AIDS no SUS*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner. O SUS que está dando certo. In Florianita Campos e Cláudia M. Henriques (orgs) *Contra a maré a beira mar. A experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Página Aberta, 1997, Apresentação.

\_\_\_\_\_. *A reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

\_\_\_\_\_. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Campinas: Unicamp, 1997.

\_\_\_\_\_. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAPISTRANO, David. *Da saúde e das cidades*. São Paulo: Hucitec, 1995.

\_\_\_\_\_. Sempre vale a pena ser governo? In Florianita Campos e Cláudia M. Henriques (orgs.). *Contra a maré a beira mar. A experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Página Aberta, 1997, pp. 17-20.

CLASTRES, Pierre. *A sociedade contra o Estado*. São Paulo: Cosac & Naif, 2003.

CORRÊA, Sonia. A AIDS nos terrenos de disputa do desenvolvimento. In Carlos Passarelli (org.). *AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003, pp. 58- 84.

CUNHA, Gustavo Tenório. *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

DELEUZE, Gilles. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

\_\_\_\_\_. Foucault, historiador do presente. In: Carlos Henrique Escobar, (org). *Dossier Deleuze*. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991.

\_\_\_\_\_. Rachar as coisas, rachar as palavras. In: \_\_\_\_\_. *Conversações*. São Paulo, Editora 34, 1992a, pp. 105 – 117.

\_\_\_\_\_. A vida como obra de arte. In: \_\_\_\_\_. *Conversações*. São Paulo, Editora 34, 1992b, pp. 118 – 127.

\_\_\_\_\_. *Post-scriptum* sobre as sociedades de controle. In: \_\_\_\_\_. *Conversações*. São Paulo, Editora 34, 1992c, pp. 219 – 226.

\_\_\_\_\_. *Desejo e Prazer, Désir et plaisir*. Magazine Littéraire. Paris, n. 325, 1994.

\_\_\_\_\_. *O que é um dispositivo? O mistério de Ariana*. Lisboa: Veja - Passagens, 1996.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. *O Anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. *O que é a filosofia?* São Paulo: Ed. 34, 1993.

\_\_\_\_\_. *Mil Platôs vol. IV: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Ed. 34, 2005.

\_\_\_\_\_. *Mil Platôs vol. V: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Ed. 34, 1997.

EDMUNDO, Kátia. A experiência do Centro de Promoção da Saúde nas Comunidades populares do Rio de Janeiro. In Carlos Passarelli (org.) *AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003, pp. 116-147.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1987. 378p.

FERNANDES, Osvaldo. A prática de Injeção de Drogas, o Uso Comunitário de Seringas e a Redução dos Riscos ao HIV. In Parker, Bastos, Galvão e Pedrosa (org.) *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1994, pp. 251- 272.

FOUCAULT, Michel. Da amizade como modo de vida, *De l'amitié comme mode de vie*. Entrevista de Michel Foucault publicada no jornal Gai Pied, nº 25, abril de 1981, pp. 38-39.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade I. A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1989.

\_\_\_\_\_. *História da Sexualidade II. O uso dos prazeres*, Rio de Janeiro: Graal, 1990.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1993.

\_\_\_\_\_. *História da Sexualidade III. O cuidado de si*, Rio de Janeiro: Graal, 2002.

\_\_\_\_\_. *Verdades e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau, 1999a.

\_\_\_\_\_. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999b.

\_\_\_\_\_. *Ditos & Escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

GALVÃO, Jane. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In Richard Parker (org.). *Políticas, Instituições e AIDS. Enfrentando a AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997, pp. 69- 108.

\_\_\_\_\_. *AIDS no Brasil*. São Paulo: Editora 34, 2000.

GUATTARI, Félix. A transversalidade In: *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GUATTARI, Félix e ROLNIK, Sueli. *Micropolítica: Cartografias Sentimentais*. Petrópolis: Vozes, 1996.

LABLIGLIANE JUNIOR, Eliseu. O uso de *cannabis* por dependentes de crack: um exemplo de Redução de Danos. In Mesquita e Seibil (org.). *Consumo de drogas: desafio se perspectivas*. São Paulo: Hucitec, 2000.

KARAM, Maria Lúcia. Redução de Danos, ética e lei. In Sampaio e Campos (org.). *Drogas dignidade e inclusão social: A lei e a prática da Redução de Danos*. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003, pp. 45- 100.

LANCETTI, Antônio. (org.). *Assistência social & cidadania*. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.

LOTROWSKA, Michel. Panorama internacional contemporâneo do acesso a anti-retroviral. In Carlos Passareli (org.) *AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003, pp.184-231.

LOURAU, René. *A Análise Institucional*. Petrópolis: Vozes, 1975.

\_\_\_\_\_. Implicação: um novo paradigma. In Sônia Altoé (org). *Analista Institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2003.

MARQUES, Fernando e DONEDA, Denise. A política brasileira de Redução de Danos. In Francisco Inácio Bastos (et. al org.). *Troca de Seringa: Drogas e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, pp. 137 -152.

MATTOS, Rubens. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões. In Rubens Matos e Roseni Pinheiros (org.). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

\_\_\_\_\_. Dos princípios as práticas: a processo de consolidação do SUS. In Carlos Passarelli (org.). *Assistência e prevenção à epidemia de AIDS no SUS*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.

MESQUITA, Fábio. Aids e drogas Injetáveis. In Antonio Lancetti (org.) *SaúdeLoucura 3*. São Paulo: Hucitec, 1991, pp. 46-53.

\_\_\_\_\_. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetável. In Francisco Inácio Bastos (et. al org.). *Troca de Seringa: Drogas e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, pp. 101 - 112.

MESQUITA, Fábio e BASTOS, Francisco Inácio. (orgs). *Drogas e AIDS Estratégias de Redução de Danos*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MESQUITA, Fábio e SOUZA, Célia Regina. (orgs). *DST/AIDS A nova cara da luta contra a epidemia na cidade de São Paulo*. São Paulo: Raiz da Terra, 2003.

MONJANE, Paulo e CIPRIANO, E. O Projeto Kuhluvuka – Corredor de Esperança, em Moçambique. In Carlos Passarelli (org.) *AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003, pp. 148-181.

NEGRI, Antonio. *O poder constituinte*. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2002.

NEGRI, Antonio; HARDT, Michael. *Império*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

\_\_\_\_\_. *Multidão*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

NEGRI, Antonio; COCCO, Giuseppe. *Globo(AL)*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES DE BARROS, Regina. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Jan-Abr 2000, v.16, n. 1, p. 71-79.

PARKER, Richard. *Políticas, Instituições e AIDS. Enfrentando a AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, ABIA, 1997, Introdução.

\_\_\_\_\_. *Na contramão da AIDS*. São Paulo: Editora 34, 2000.

\_\_\_\_\_. *Abaixo do Equador*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

PELBART, Peter Pál. Prefácio, In Antonio Lancetti, *A clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.

PIMENTA, Aparecida Linhares. Brevíssima história da implementação do SUS em Santos. In Florianita Campos e Cláudio M. Henriques (orgs) *Contra a maré à beira mar. A experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Página Aberta, 1997, pp. 29-40.

RAUTER, Cristina. *Criminologia e Subjetividade*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

SIQUEIRA, Domiciano. *(Mal)dito Cidadão*. São Paulo, 2006.

SISSA, Giulia. *O prazer e o mal*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SPINK, Peter. *Avaliação Democrática: propostas e práticas*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

SPINOZA, Baruch. *Éthique*. Paris: Flammarion, 1965.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas públicas em AIDS. In Richard Parker (org.). *Políticas, Instituições e AIDS. Enfrentando a AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, ABIA, 1997, pp. 43-68.

TELLES, Paulo Roberto. Estratégias de “Redução de Danos” e algumas experiências de Santos e Rio de Janeiro com Usuário de Drogas Injetáveis. In Fábio Mesquita e Francisco I. Bastos (orgs.) *Drogas e AIDS: Estratégias de Redução de Danos*. São Paulo: Hucitec, 1994, pp. 181 – 190.

TYKANORI, Roberto. Em busca da cidadania. In Florianita Campos e Cláudia M. Henriques (orgs) *Contra a maré a beira mar. A experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Página Aberta, 1997, pp. 67-77.

VELOSO, Caetano. Podres poderes. Intérprete: Caetano. In: CAETANO. *Velô*. Rio de Janeiro: Polygram, 1984. 1 disco sonoro. Lado A, faixa 1.

VERGER, Pierre. *Fluxo e Refluxo do Tráfico de Escravos entre o Golfo do Benin e a Bahia de Todos os Santos*. São Paulo: Corrupio, 1987.

VERTZMAN, Júlio e CAVALCANTI, M.; SERPA Jr., Psicoterapia Institucional: uma revisão. In: Benilton Bezerra Júnior e Paulo Amarantes (orgs). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

WACQUANT, Loïc. *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.