

HÁ ESPAÇO PARA A REDUÇÃO DE DANOS EM POLÍTICAS ANTIDROGAS?

THERE IS SPACE FOR HARM REDUCTION IN ANTI-DRUGS POLICIES?

Pedro Henrique Antunes da Costa

Psicólogo, mestre e doutor em Psicologia. Professor do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília. E-mail: phantunes.costa@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2404-888>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Resumo: O artigo objetiva responder a pergunta-título: *Há espaço para a Redução de Danos nas atuais Políticas Antidrogas brasileiras?* Para isso, conjuga uma parte documental, analisando como a Redução de Danos (RD) comparece nas “novas” Política sobre Drogas (Decreto 9.761/2019) e Lei de Drogas (Lei 13.840/2019), e uma revisão sobre o histórico e desenvolvimento da RD no Brasil. Como um movimento social e uma racionalidade orientadora do cuidado na área, não serão as limitações impostas pelas políticas que suprimirão a importância da RD. Com as recentes mudanças, ela se torna ainda mais necessária - mesmo que mais obstaculizada. Concebê-la como sinônimo de Estado e políticas ou dependente deles, é descaracterizá-la, juntamente de sua origem, história, potencial e sentido na realidade brasileira.

Palavras-chave: Drogas. Redução de danos. Políticas. Assistência. Movimentos Sociais.

Abstract: The article aims to answer the title question: Is there room for Harm Reduction in current Brazilian Anti-Drug Policies? We combine a documentary section, analyzing how Harm Reduction (RD) appears in the “new” Drug Policy (Decree 9.761/2019) and Drug Law (Law 13.840/2019), and a review of the history and development of RD in Brazil. As a social movement and a guiding rationale for care in the area, it will not be the limitations imposed by policies that will suppress the importance of RD. With the recent changes, it becomes even more necessary - although more hampered. To conceive it as synonymous of State and

policies or dependent on them, is to mischaracterize it, together with its origin, history, potential and meaning in the Brazilian reality.

Keywords: Drugs. Harm reduction. Policies. Care. Social movements.

INTRODUÇÃO

O presente artigo objetiva responder sua pergunta-título: *Há espaço para a Redução de Danos nas atuais Políticas Antidrogas brasileiras?* Trata-se de um recorte do projeto de pesquisa “Museu de Grandes Novidades: as novas-velhas políticas em saúde mental e álcool e outras drogas”, onde se analisa o histórico das políticas no Brasil dos respectivos campos em três eixos: cuidado, segurança pública e trabalho. Focalizaremos aqui no primeiro, mais especificamente em compreender como a Redução de Danos (RD) é atravessada por tais mudanças, face ao seu histórico na realidade brasileira.

No ano de 2019, alterações importantes foram efetuadas nas políticas sobre drogas conduzidas no e pelo governo de Jair Bolsonaro. Por meio do decreto nº 9.761, de 11 de abril (BRASIL, 2019^a), foi aprovada uma nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e, em 06 de junho, foi sancionada a nova Lei sobre Drogas (LD), nº 13.840, modificando a antiga Lei nº 11.343, de 2006 (BRASIL, 2019b). Tais medidas representaram não apenas uma mera reordenação no aparato estatal legal, normativo e orientador das ações referentes à temática das drogas no âmbito do cuidado (promoção de saúde, prevenção e diferentes modalidades assistenciais) e segurança pública (repressão e combate), mas o recrudescimento de lógicas já tradicionais na área, como o encarceramento e criminalização em massa, sobretudo da juventude trabalhadora pobre, negra e periférica, assim como um conjunto de retrocessos frente a conquistas históricas e avanços propiciados pela própria RD e sua incorporação pelas/nas políticas, bem como de um conjunto de movimentos sociais e seus resultantes (Luta Antimanicomial, Reformas Sanitária e Psiquiátrica, movimentos antiproibicionistas, abolicionistas, antirracistas, feministas etc.).

Na esfera do cuidado, um dos pontos centrais de mudança, juntamente da reinstitucionalização e/ou reforçamento de lógicas privatistas e manicomiais, diz respeito à postulação da abstinência como o horizonte desejável e necessário do processo de cuidado, calcada numa visão irrealista e moralista de um “mundo sem drogas”. Tal alteração impacta

diretamente na RD enquanto racionalidade orientadora dos processos de cuidado na área. Esta se originou no contexto brasileiro no final da década de 1980, enquanto um conjunto de práticas assistenciais voltadas para a minimização de possíveis danos, riscos e vulnerabilidades associados ao consumo de drogas, muito em decorrência da epidemia de HIV/AIDS em determinadas localidades do país. Visou, assim, promover melhores condições de vida e/ou potencializar outras dimensões da existência, por meio de uma abordagem integrada e totalizante, compreendendo-a para além da droga. Rompe-se com a abstinência como única saída possível, não excluindo, penalizando e/ou culpabilizando aqueles que não se encaixam neste parâmetro ou desfecho. Entende-se que qualquer ação de cuidado que tome como desfecho ideal e único a abstinência é, por princípio, irrealista e descontextualizada, afinal não se trata as “drogas”, as condições de saúde, muito menos, doenças, mas os indivíduos que com elas se relacionam e suas vicissitudes em uma realidade concreta (PASSOS; SOUZA, 2011; MACHADO; BOARINI, 2013; PETUCO, 2014).

Conforme sinalizaremos no decorrer do trabalho, a RD vai se desenvolvendo face às mudanças sociais e particularidades brasileiras, se ampliando e caracterizando-se não apenas como um conjunto de ações e procedimentos, mas uma racionalidade orientadora do cuidado na área, disputando com outras perspectivas de compreensão e atuação frente à “questão” das drogas e toda a sua complexidade. A literatura aponta que as estratégias, projetos e programas de RD contribuem para a melhora em vários aspectos da vida das pessoas com necessidades vinculadas ao consumo de drogas, tais como: evitando processos de marginalização social, ao propiciarem meios de manutenção na rede de atenção à saúde e de assistência social, potencializando laços e vínculos sociocomunitários, como espaços e possibilidades de exercício e fomento de cidadania, autocuidado etc. (QUEIROZ, 2001; MORERA; PADILHA; ZEFERINO, 2015; SILVEIRA, 20016; GOMES; DALLA VECCHIA, 2018). Sendo assim, torna-se relevante compreender as possíveis implicações das mudanças políticas supracitadas para a RD; isto é, como elas impactam na RD e no processo de cuidado no campo das “drogas” e quais saídas podem ser visualizadas nesse panorama.

De modo a alcançar o objetivo proposto, o presente artigo possui uma parte documental e outra de pesquisa bibliográfica, caracterizando-se, no fim das contas, como a síntese desses caminhos. Num primeiro momento, serão analisadas as “novas” políticas sobre drogas (PNAD e LD), enfocando em como a RD comparece em tais documentos, bem como alguns dos fundamentos que dizem respeito à concepção existente acerca da relação indivíduo-drogas, e

uma contextualização acerca das motivações subjacentes a tais conteúdos e mudanças. Posteriormente, a partir de diálogo com a literatura acadêmica da área, serão feitos alguns apontamentos sobre a RD e as políticas sobre drogas (*antidrogas* nas suas formas atuais), considerando seu histórico e desenvolvimento na realidade brasileira.

REDUÇÃO DE DANOS E AS “NOVAS” POLÍTICAS SOBRE DROGAS

Conforme mencionado, na presente seção, serão apresentados os resultados extraídos da análise das “novas” PNAD e LD, com foco na caracterização e/ou abordagem referentes à RD. Contudo, é necessário que se entenda primeiramente a concepção reinante em tais documentos sobre as drogas, que, por sua vez, orientará as formas de se abordar a relação que os indivíduos estabelecem com elas, bem como a atuação do Estado.

Antes mesmo de se proceder com os resultados da imersão e análise do material, algumas ressalvas são importantes para maior clarificação do percurso metodológico. Inicialmente, é sabido que existem outros documentos e aparatos normativos, orientadores e/ou legais na área de drogas. Contudo, dada a natureza dos dois produtos aqui abordados (LD e PNAD), nas formas de lei e decreto, respectivamente, considera-se que estes englobam todos os outros, não havendo necessidade de incorporações adicionais. Em segundo lugar, entre ambas existem particularidades de natureza jurídica: a PNAD por ser um decreto, deve estar submetida à LD, uma lei. Inclusive, disparidades e contradições entre elas são expressões de inconstitucionalidades. Ademais, a primeira fornece os fundamentos e sinalizações para a compreensão e atuação do Estado no que se refere à temática abordada (no caso, as drogas), enquanto a lei prescreve, estabelece normas, define crimes etc. Tais particularidades estão sendo consideradas no presente escrutínio, sendo que a análise conjunta de ambas nos possibilita uma apreensão do todo concernente à abordagem que o Estado brasileiro faz sobre o tema “drogas”.

Adentrando nos documentos, logo no primeiro pressuposto da PNAD, fica evidente a conotação *antidroga* de tais políticas: “2.1. Buscar incessantemente atingir o ideal de construção de uma *sociedade protegida* do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas” [grifo nosso]. Ou seja, parte-se de uma concepção de que as drogas – sem que se defina o que sejam – são danosas *per se*. Portanto, qualquer relação com estas substâncias, em

especial sob a forma de consumo, é automaticamente prejudicial, devendo ser evitada e/ou combatida – nesse caso com a participação do Estado.

As implicações decorrentes para os processos de cuidado, desde a promoção de saúde, ações educativas, passando pela prevenção até as diversas modalidades de tratamento, se orientam pela e para a abstinência. A RD, nesse contexto, deixa de fazer sentido, tendo na abstinência o ponto de partida e de chegada dos processos de cuidado. Ainda na seção de pressupostos, no ponto 2.8, isso fica ainda mais claro: “As ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda [...] objetivarão que as pessoas *mantenham-se abstinentes* em relação ao uso de drogas” [grifo nosso]. Mais à frente, no objetivo 3.18 da PNAD: “Promover a estratégia de busca de *abstinência* de drogas lícitas e ilícitas como um dos fatores de redução dos problemas sociais, econômicos e de saúde decorrentes do uso, do uso indevido e da dependência das drogas lícitas e ilícitas” [grifo nosso].

Não por acaso, inexistem menções à RD propriamente dita tanto na nova PNAD quanto na LD. Em ambas é citada a “redução dos riscos e danos sociais e à saúde”. Na PNAD em um de seus objetivos esta é protocolarmente colocada como uma das práticas de redução de demanda. Na LD como diretriz e princípio para ações de cuidado e mais uma vez como “redução de riscos” como um dos resultados desejáveis da prevenção. Já a abstinência – ou menções diretas a ela – aparece nove vezes na PNAD e uma na LD. Contudo, mesmo que não aparecesse diretamente, a concepção sobre as drogas na qual o Estado brasileiro se embasa, e que se transforma em fundamentação e orientação para as políticas e ações na área – fornecidas principalmente pela PNAD – coaduna com a abstinência enquanto único horizonte do processo de cuidado.

De modo a contextualizar os achados, aprofundando a capacidade de compreensão acerca das motivações subjacentes ao panorama acima apresentado, é importante mencionar alguns fatos históricos. A “nova” LD é fruto de um projeto de lei (PL 7663/2010) de Osmar Terra, quando este era um deputado federal pelo antigo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Posteriormente, ocupou o cargo de Ministro da Cidadania do governo de Jair Bolsonaro, sendo também ex-ministro no governo de Michel Temer e desempenhando papel central em tais mudanças. Outro ator-chave é Quirino Cordeiro, psiquiatra e secretário de Cuidados e Prevenção às Drogas do mesmo Ministério da Cidadania (e que também esteve no governo de Michel Temer). Ele é vinculado à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que

já se pronunciou favorável à nova PNAD e LD, bem como o Conselho Federal de Medicina – e que também estão envolvidas nos mais recentes retrocessos (e tentativas de retrocessos) no âmbito da saúde mental, no desenvolvimento da *Contrarreforma Psiquiátrica*. Por fim, outro grupo de relevo para a reordenação do aparato político na área de drogas são os representantes de Comunidades Terapêuticas (CTs) e instituições religiosas, possuindo apoio da bancada fundamentalista no legislativo – e com influência no próprio executivo.

Sendo assim, entende-se que a tentativa de supressão da RD nas atuais políticas *antidrogas* se trata de um amplo projeto político capitaneado pelo Estado brasileiro e organizado em amplas frentes e múltiplos setores que conformam o bloco no poder. Nas particularidades do campo de álcool e outras drogas, especialmente no que se refere ao cuidado e assistência, almeja a reinstitucionalização e/ou recrudescimento de lógicas psiquiatrizantes, manicomializantes, conservadoras/reacionárias e moralistas, imbricadas a processos de privatização e mercantilização da saúde como um todo, que já vinham sendo implementados, por exemplo, na saúde mental (CORREIA; MARTINS; REQUIÃO, 2019; LIMA, 2019). Por isso, a despeito de serem recentes, não se trata de “novas” políticas na área, mas do velho requentado, repaginado e, em alguns pontos, recrudescido.

Dessa forma, num primeiro momento, somos obrigados a responder negativamente ao questionamento que sustenta o presente trabalho: *Não. Não há espaço para a RD nas atuais políticas antidrogas.*

O QUE FOI, TEM SIDO E PODE SER A REDUÇÃO DE DANOS?

Na presente seção, serão resgatadas reflexões presentes na literatura sobre a RD, num exercício crítico de discorrer sobre seu desenvolvimento na realidade brasileira, de modo que seja possível a visualização de saídas e caminhos frente ao cenário explicitado anteriormente. Para isso, foi feito um esforço de busca não sistemática em base de dados como a *SciELO* e o *Google* acadêmico, sobre trabalhos teóricos ou de pesquisas empíricas, de cunho histórico, bem como relatos de experiência sobre a RD no Brasil.

Cabe ressaltar que algumas revisões já foram feitas anteriormente sobre a RD no país, seja no que se refere às concepções orientadoras (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010) ou às ações e programas propriamente ditos (RIBEIRO, 2015; SANTOS; MIRANDA, 2016; GOMES; DALLA VECCHIA, 2018). Por conta disso, o intuito aqui não é a repetir tais

esforços, com a realização de um novo histórico ou estado da arte sobre a RD no Brasil, mas, sim, de resgatar brevemente elementos centrais de seu percurso e, com isso, suas potencialidades e as contradições que emanam nesse processo.

Influenciada por experiências de fora, primeiramente na Inglaterra na década de 1920, enfrentando as implicações da 1ª Guerra Mundial e, posteriormente, na Holanda dos anos 1980, a RD germina em solo no Brasil no final dos anos 1980. Tendo a cidade de Santos como pioneira, em 1989, surge como um conjunto de práticas assistenciais, visando prevenir os índices de transmissão de doenças relacionadas ao consumo de drogas injetáveis, especialmente a AIDS, com base na troca de seringas e apetrechos de utilização, para que não fossem compartilhados, dirimindo os riscos e danos associados.

Primeiramente vinculada à troca destes utensílios, sobretudo as seringas utilizadas para o consumo de heroína, tais ações inovadoras foram combatidas por uma contraofensiva moralista, conservadora e preconceituosa, sob argumentações de que faziam apologia ao consumo de drogas – recurso falacioso utilizado até os presentes dias. Lograram êxito ao se aliarem a discursos e aparatos de determinados saberes especializados, como a psiquiatria e o judiciário, paralisando algumas destas iniciativas e impossibilitando outras de surgirem, obstaculizando a implementação da RD no país como um todo. Contudo, alguns esforços, inicialmente pontuais e isolados, começaram a se capilarizar, com destaque para os realizados em Salvador, na Bahia, pelo Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas (CETAD), inclusive, com verba estatal durante seu desenvolvimento. Nisso, a RD vai congregando consumidores de drogas, familiares, militantes, pesquisadores, trabalhadores da saúde, - com destaque aos(as) redutores(as) de danos -, fomentando encontros para trocas de experiências, conformando-se, enfim, como um movimento social, mesmo que não denominando-se de tal forma. Nesse interregno, é pertinente mencionar a criação da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), em 1996. De acordo com Petuco (2014), a partir da RD e das trocas possibilitadas por ela, garantia-se

acesso para o tratamento de problemas que iam muito além das questões objetivamente relacionadas ao uso de drogas. Às pessoas vivendo com Aids, garantiam adesão ao tratamento. Buscavam articulações intersetoriais que aproximavam usuários de drogas de políticas de assistência social e educação. Além disto, a incorporação de usuários como redutores trazia vozes que até então só encontravam enquadramento como sintoma, prova judicial ou confissão (p. 138)

Nessa esteira, a RD se expande enquanto um conjunto de estratégias assistenciais para outras condições de saúde e ações de cuidado, e se amplia adquirindo outro caráter, ao se tornar

a racionalidade orientadora de políticas sociais, ações e abordagem de saúde pública referente à temática do consumo de drogas. Por exemplo, na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), a RD aparece como marco teórico-político, já nesse sentido ampliado:

a redução de danos oferece-se como *um* método (no sentido de *metodos*, 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 (p. 10).

Inclusive, tal política tende a ser desconsiderada no presente momento pelo governo, dada a sua contrariedade com as recentes mudanças que ocorreram e a natureza jurídica das “novas” PNAD e LD, respectivamente, um decreto e uma lei, que devem pautar e normatizar o conjunto das ações na área. Ou seja, existem contradições no próprio conjunto de políticas na área.

A RD implica, portanto, em um contraste às formas hegemônicas e tradicionais de se compreender a relação que se estabelece com as ditas substâncias psicoativas, considerando as singularidades de cada indivíduo, as inúmeras formas de uso, consumo e até mesmo a dependência, e possibilitando práticas assistenciais que fossem para além destas substâncias, isto é, que as colocassem em parênteses e focalizassem nos indivíduos, seus contextos de vida e a própria totalidade social. Contrapõe-se, pois, à noção da abstinência como único objetivo a ser alcançado e única possibilidade de se “relacionar” com as drogas, aliás. Ademais, também intenta suplantar concepções e ações orientadas pelo viés patológico e patologizante, mas sem desconsiderar possíveis problemas associados ao consumo, ao mesmo tempo que demonstrar variadas - e mais humanas e efetivas - formas de cuidado para além da internação e o isolamento/segregação (PASSOS; SOUZA, 2011; MACHADO; BOARINI, 2013; ROSA, 2014; CASTRO, 2018).

Uma importante observação a ser feita é que a discordância frente à abstinência como único fim e horizonte de cuidado, não significa que RD seja contrária à abstinência *per se*; apenas que ela não pode ser tomada como o único desfecho possível, necessário e desejado. Parte-se do pressuposto de que nem todo consumo de drogas é, a priori, danoso à saúde e/ou socialmente prejudicial, muito menos constitui uma doença; nem que as drogas são males em si que devem ser extirpados da face da Terra, como as “novas” políticas na área apregoam. A abstinência, no que diz respeito ao processo de cuidado, é um desfecho, um resultado. Como já foi demonstrado, a RD não é simplesmente um/o fim, muito menos um fim em si mesma.

Entendendo o campo das políticas, como de embates e tensionamentos e a própria história como processo eivado de contradições, a RD é incorporada nos anos 2000 pelas políticas sobre drogas, sem que com isso se rompa com a hegemonia coercitiva e repressora oriunda de um marco de proibição de determinadas substâncias tidas como ilegais, os preconceitos, moralismos e a centralidade do saber médico psiquiatrizante no que tange à abordagem de “saúde”, à assistência na área. Em suma, o que Passos e Souza (2011) denominam de uma “articulação entre justiça, psiquiatria e moral religiosa” (p. 157). A própria abstinência deixa de ser também um mero desfecho clínico, resultante de tratamento, devendo também ser entendida como uma racionalidade que congregará tais âmbitos e suas lógicas, como fomento e/ou propagadora de uma dinâmica de vida coercitiva.

Assim, no seu percurso histórico, a RD vai se transformando, tanto como movimento social, quanto como racionalidade, em uma plataforma de crítica à hegemonia de concepção e abordagem à “questão” das drogas, seja no plano da saúde, seja no de segurança pública. Passa a ser uma crítica de tal articulação entre a justiça, a psiquiatria e a moral religiosa, condensados e materializados pelo Estado e seu *modus operandi* histórico de controle, punição e genocídio do grosso da classe trabalhadora - ainda mais quando consideramos nossa gênese, estruturas patriarcais e racistas e o processo de formação social brasileiro. Em concordância com Castro (2018), a “RD como movimento social é potente inclusive quando faz frente à guerra às drogas e questiona as políticas higienizadoras, de perseguição e culpabilização da pobreza, tomando lugar na luta de classes” (p. 156).

E o que essa breve contextualização histórica pode nos ensinar frente ao panorama presente? Que escrutinar o passado e resgatar a memória histórica da RD, nos permite compreender o que ela foi, tem sido e, dialeticamente, o que não foi, prospectando o que pode – e deve – vir a ser.

Um primeiro ponto é a compreensão de que a RD não se reduz a um conjunto de procedimentos e operações, a despeito de englobá-los. Estaríamos, por exemplo, “produzindo” ou concretizando a RD quando realizamos uma troca de apetrechos para uso, mas, ao mesmo tempo, orientados por uma perspectiva individualizante, culpabilizatória e moralista que enfoca na droga e seu consumo? Apesar de importante, apenas a prática de reduzir alguns dos danos e riscos associados ao consumo de drogas é suficiente para que a consideremos enquanto RD? Ou, pelo menos, que se torne um modelo a ser aceito? Assentando-se no próprio histórico da RD em nosso país, consideramos que a resposta a ambas as perguntas seja negativa; que a RD,

ao menos no Brasil - o que implica em considerar suas particularidades vinculadas às de nossa realidade - tornou-se mais do que apenas uma ação de prevenção ou procedimento assistencial. Assim, é importante a diferenciação entre as ações que visam reduzir danos, da RD enquanto racionalidade orientadora da abordagem assistencial no campo das “drogas”, por mais que a segunda englobe as primeiras.

Na literatura, o caráter da RD é retratado de diferentes formas, seja como um “paradigma ético, clínico e político” (PASSOS; SOUZA, 2011), um Método (BRASIL, 2003), uma “ética de cuidado” (PETUCO, 2014), dentre outros. Ao mesmo tempo, são constatadas “falta de clareza sobre a redução de danos” (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 593), além de “diferentes concepções de objeto e de sujeito da RD” (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010) e as aqui já criticadas concepções da RD enquanto mero conjunto de práticas, procedimentos e estratégias assistenciais. Sobre tais confusões e contradições, por exemplo, em pesquisa com profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Lima, Oliveira e Lima (2019) constataram que, junto a um significativo desconhecimento ou entendimento insuficiente sobre a RD, é também pertinente a coexistência de concepções paradoxais, como as assentadas em modelos morais e biomédico, descaracterizando ações cunhadas como de RD ou, mesmo, as impossibilitando.

Com isso, não se pretende anular a heterogeneidade ontológica, epistemológica e prática que atravessa e constitui a RD - o que seria por princípio irrealista, assim como a ideia de uma sociedade livre das drogas que a RD antagoniza. Entende-se que tal pluralidade deriva da própria complexidade inerente à relação indivíduo-drogas, que deve ser compreendida face às mutações e dinâmicas sócio históricas. No entanto, as diferentes teorizações e as possibilidades práticas consequentes, devem comungar de princípios, pressupostos e horizontes comuns: é a unidade na diversidade. Aqui, novamente, remete-se à história e almeja-se o seu resgate, entendendo-a enquanto materialização da ação humana, ao invés de meras idealizações descoladas do chão do real. Com isso, pretende-se avançar frente ao que foi colocado como seus princípios básicos, a saber, o pragmatismo, a tolerância e a capacidade de lidar com adversidades (ANDRADE, 2004), entendendo que estes também adquirem materialidade e devem ser pensados nos contextos aos quais se forjam e possuem sentido, juntamente de suas vicissitudes, e não de maneira essencialista, abstrata.

Do mesmo modo, não se intenta aqui um exercício de clarificação e diferenciação entre os diferentes sentidos atribuídos à RD, mas apreender o que há de comum nestes postulados

que é, justamente, a constatação do caráter que ela adquire enquanto racionalidade orientadora de ações assistenciais no campo, sejam elas dentro ou fora das políticas estatais. Tal sentido adquirido pela RD foi decorrente de uma série de lutas face às conjunturas sócio históricas, em suma, da RD enquanto movimento social, ideo-político. Toda essa complexidade contribui para um ecletismo e conjunto de contradições, somada à própria pluralidade teórica e ao fato de que a hegemonia de compreensão e abordagem às “drogas” é fornecida por uma amálgama entre proibicionismo, moralismo e saber médico psiquiatrizante, que sustentam práticas assistenciais.

Entendida enquanto racionalidade orientadora da assistência na área, que concebe o consumo de drogas como “prática que atende a necessidades sócio históricas” (BRITES, 2006, p. 43), não sendo a priori prejudicial, focaliza no indivíduo e sua relação singular com tal(is) substância(s), mas que, por sua vez, não se dá no nada, expressando a própria totalidade social na qual se produz e reproduz. Portanto, cabe o escrutínio acerca das drogas enquanto mercadorias no modo de produção capitalista que tem, justamente, nas mercadorias a sua forma elementar e a mercantilização como mecanismo nevrálgico da dinâmica da vida social. Assim, produção, comercialização e consumo das drogas, bem como de outras mercadorias, cumprem funcionalidades basais neste sistema que tem na acumulação e imperativo do lucro, assim como na valorização do capital, suas razões-de-ser, nem que com isso precise explorar, alienar e desumanizar os seres humanos.

Nesse sentido, apesar da crítica que a RD representou às perspectivas hegemônicas no campo, como as que substanciam o chamado proibicionismo, não se trata de uma dicotomia tão clara quanto se apresenta na própria literatura acadêmica (PASSOS; SOUZA, 2011; MACIEL; VARGAS, 2014), como se ela fosse por si só uma alternativa ao modelo proibicionista ou o seu antagonista *per se*. A própria “dicotomia” entre segurança pública e saúde também é inexistente, afinal não estão dissociadas, mas inter-relacionadas, circunscritas a uma mesma totalidade social, a despeito das especificidades e autonomia relativa de cada uma. Com relação a tais afirmativas, o histórico de desenvolvimento da RD nos dá razão, pois essa se constitui e foi incorporada pelas políticas na área num marco de predomínio proibicionista. Assim, o antagonista ao proibicionismo é o antiproibicionismo, que passa pela regulamentação e regulamentação das substâncias psicoativas; e, sim, a RD pode e deve almejar e contribuir para isso. Entretanto, conforme aponta Rosa (2014), a existência da RD dentro do marco da proibição e sua lógica repressiva, criminalizante e genocida, explicita que alguns dos predicados e movimentos sob o guarda-chuva “Redução de Danos” não necessariamente romperam com o

proibicionismo e/ou ensejam seu fim. Em alguns casos, inclusive, podem até reproduzir lógicas de controle e coerção, físicos e/ou subjetivos, coerentes com o neoliberalismo. Por exemplo, Santos, Soares e Campos (2010), detectaram na literatura acadêmica, produções sobre a RD que não toleram qualquer forma de consumo de algumas substâncias, com a RD sendo uma mera “estratégia para se chegar aos usuários que não aceitam os tratamentos voltados para a abstinência, sendo denominada por alguns autores de prevenção secundária ou terciária” (p. 1000). Nisso, reproduzem-se práticas autoritárias e coercitivas, que desconsideram necessidades dos indivíduos e suas condições de vida, tratando-os como incapazes de pensar e agir por si próprios e atores passivos na relação não só com as “drogas”, mas com os ditos profissionais de saúde.

Face ao panorama das políticas *antidrogas* elucidado anteriormente, é premente que tais retrocessos, bem como a própria RD, devam ser entendidos circunscritos à totalidade social a qual fazem parte, são constituídos e a constituem, bem como às particularidades brasileiras, suas estruturas sociais e processo histórico formativo. Concorde-se com Brites (2006) e Castro (2018) quando estas apontam como uma das principais limitações da RD no país a insuficiência (em alguns casos, a ausência mesmo) de associá-la a uma crítica radical de nossa sociabilidade e análise totalizante. As críticas à política proibicionista e sua lógica, às concepções moralistas e biomédicas hegemônicas devem estar vinculadas num nível maior de abstração - e ação - à crítica da sociabilidade capitalista, que é de onde estas advêm, são construídas e reproduzidas, considerando as particularidades na formação social brasileira e que desaguam na presente conjuntura. Até mesmo porque as relações que estabelecemos com as drogas não se dão num vácuo sócio histórico, muito menos a atuação do Estado por meio das políticas. Isso não significa que a RD é por si só é capaz de transformar a realidade. Por outro lado, também não implica em posturas acomodadas e desresponsabilizadas, numa eterna espera pela transformação social radical que supostamente viria a eliminar todos os problemas - inclusive os que se associam às “drogas”.

No entanto, não foi, nem será pelas políticas sociais, mecanismos gerenciados pelo Estado - que, no modo de produção capitalista, é um *Estado capitalista*, apesar das variadas configurações -, que tais transformações radicais necessárias serão engendradas. Isso seria cair num politicismo e visão sobre o Estado ingênuos. Inclusive, o breve resgate histórico apresentado acerca da RD nos rememora que essa se origina e ganha relevo, inclusive enquanto movimento social e ideo-político, *por fora* do Estado. Ao ser incorporada por seu aparato, por

meio de conquistas e possibilitando avanços nos processos de cuidado àqueles e àquelas com necessidades decorrentes do consumo de drogas, talvez se tenha esquecido (ou abrandado) a necessidade de continuação dos tensionamentos e mobilizações por fora do aparato estatal e contra a ordem. Ao mesmo tempo, criou-se uma dependência deste, que também pode ser mais bem entendida num jogo de poderes, numa estratégia de conciliação de classes, como um processo de captura e cooptação do Estado dos movimentos sociais e sua consequente docilização. Passos e Souza (2011), ao resgatarem o histórico da RD no país, já sinalizavam algumas destas contradições oriundas da estreita vinculação com o aparato estatal e sua dependência, sobretudo, dos financiamentos e verbas públicas, com “certa fragilidade e dificuldade de se manter ativo frente às descontinuidades e instabilidades das políticas de financiamento” e “marcadas por processos de terceirização e precarização do trabalho em saúde” (p. 161).

Também não será pela RD *stricto sensu* que tal transformação social se realizará, o que não significa que ela não tenha o que contribuir, desde que por uma *práxis* revolucionária, que objetive a supressão desta sociabilidade e consequentes e novas formas de se relacionar com as drogas. Novamente, não se trata de negar os avanços e conquistas propiciados pela RD, sendo sua presença nas políticas enquanto racionalidade orientadora um avanço que propiciou inúmeros outros. Na presente conjuntura, aliás, faz-se necessário sua defesa e luta pela sua manutenção/preservação. Entretanto, o atual panorama também nos mostra que tal incorporação pelas/nas políticas nunca significou um *fim* em si, mas um *meio*, e permeado por contradições. Ademais, demonstra que estes ganhos podem ser solapados pelo mesmo Estado, dadas as mudanças na correlação de forças, reforçando a premência do resgate da radicalidade da RD, dentro e, sobretudo, fora das políticas: nas ruas, com a militância e militando, articulada com outros movimentos, pautas e lutas; novamente, de baixo para cima e orientada para os de baixo.

Em decorrência do exposto, modificamos nossa resposta anterior à pergunta razão-de-ser do presente artigo: *Sim. Há espaço para a RD nas atuais políticas antidrogas.* Enquanto movimento social, nasce e se desenvolve pelos trabalhadores na área, redutores de danos, militantes, consumidores de drogas e seus familiares. Como uma racionalidade orientadora dos processos de cuidado, possui certa autonomia de existência para além das políticas (e mesmo dentro delas). Conceber a RD como sinônimo de Estado e políticas sociais ou dependente deles, é descaracterizá-la, juntamente de sua origem, história, potencial e sentido na realidade

brasileira. Melhor dizendo, com as recentes mudanças e retrocessos, a RD se torna ainda mais necessária, mesmo que mais combatida, vilipendida e obstaculizada; não só nas políticas, mas no bojo dos contextos, relações sociais e indivíduos que se fazem historicamente junto às drogas.

À GUIA DE CONCLUSÃO: PARA ALÉM DAS POLÍTICAS E POR OUTRAS RELAÇÕES COM AS DROGAS

O presente artigo, ao ensejar responder se há espaço para a RD nas atuais políticas antidrogas, constatou que não serão as limitações impostas por estes mecanismos do aparato estatal, pelo atual governo e a própria incongruência com os seus fundamentos e nortes que irão suprimir a RD e sua importância. Compreendendo o seu histórico e como se desenvolve na realidade brasileira, percebemos que, ao se tratar, ao mesmo tempo, de um movimento social e uma racionalidade ou ética de cuidado, em suma, de uma forma de se compreender a relação indivíduo-drogas e se atuar nela, com estes indivíduos e seus contextos de vida, possui maleabilidade e potência criativa de se (re)inventar frente a normativas, leis. Além do mais, ao se tratar de uma inversão da lógica hegemônica na área, tomando como *norte* os “de baixo”, ao nascer de baixo para cima, por e com estes, e se voltando para eles, não serão tais políticas, formuladas e implantadas de maneira autoritária, justamente de “cima para baixo”, que extinguirão a RD e sua importância.

Sendo assim: sim, há espaço para a RD, mesmo em políticas antidrogas; sempre haverá. Mais que isso, há a necessidade de sua existência e fortalecimento, considerando as limitações e possibilidades, não só dentro das políticas e aparato estatal, mas, sobretudo, fora deles. Nisso, ficam os ensinamentos da própria RD em suas origens, nos sinalizando a também necessária radicalidade que deve ser resgatada ou construída. Quanto mais a conjuntura e a realidade caminham em direção ao conservadorismo e reacionarismo - com os devidos reflexos na área de drogas -, mais a RD se faz necessária: não como panaceia, que irá resolver os problemas relacionados ao consumo de drogas, tampouco sozinha; mas, sim, como *práxis* premente na compreensão sobre como nos relacionamos com as drogas. Articulada à dissecação e transformação de nossa sociabilidade, embebida em desvelamentos mais abrangentes sobre como nos relacionamos com as coisas no geral e uns com os outros enquanto sociedade, é capaz de não apenas subsidiar saídas e caminhos para além dos que estão postos, mas potencializar

outros já combatidos, esquecidos e criar novos. Circunscrita a um projeto radical de mudança social, com sua inventividade e potência históricas, se municiará e poderá contribuir para a construção de uma inteiramente nova relação indivíduo-drogas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Tarcisio Matos de. “Redução de danos: um novo paradigma?” In: ALMEIDA, Alba Riva; NERY FILHO, Antonio; MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; FERREIRA, Olga Sá (Orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo*. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004. p. 87-98.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. *Lei 13.840, de 05 de junho de 2019*. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília: Presidência da República, 2019a.

BRASIL. *Decreto 9.761, de 11 de abril de 2019*. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, 2019b.

BRITES, Cristina Maria. *Ética e uso de drogas – uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos*. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

CASTRO, Laís. *A Redução de Danos à luz do materialismo histórico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2018.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; MARTINS, Laércio; REQUIÃO, Maurício. “À beira do abismo e ao encontro do absurdo: Considerações sociojurídicas sobre a Nota Técnica n. 11/2019 do Ministério da Saúde”. In: *Revista Jurídica (FURB)*, vol. 23, n.º. 50, e7918, 2019.

GOMES, Thaísa Borges; VECCHIA, Marcelo Dalla. “Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura”. In: *Ciência e saúde coletiva*, vol. 23, n. 7, p. 2327-2338, 2018.

LIMA, Aluísio Ferreira de; OLIVEIRA, Pedro Renan Santos de; LIMA, Stephanie Caroline Ferreira de. “Saúde mental e Redução de Danos na atenção primária: concepções e ações”. In: *Psicologia em Estudo*, vol. 24, e44697, 2019.

LIMA, Rossano Cabral. “O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil”. In: *Physis*, vol. 29, n. 1, e290101, 2019.

MACHADO, Leticia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. “Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos”. In: *Psicologia: Ciência e Profissão*, vol. 33, n. 3, p. 580–593, 2013.

MACIEL, Marjorie Ester; VARGAS, Divane de. “Redução de danos: uma alternativa ao fracasso no combate às drogas”. In: *Cogitare Enferm.*, vol. 20, n. 1, p. 207-10, 2014.

MORERA, Jaime Alonso Caravaca; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; ZEFERINO, Maria Terezinha. “Políticas e estratégias de Redução de Danos para usuários de drogas”. In: *Revista Baiana de Enfermagem*, vol. 29, n. 1, p. 76-85, 2015

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. “Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas"”. In: *Psicologia e Sociedade*, vol. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. “Redução de danos: Das técnicas à ética do cuidado”. In: RAMMINGER, Tatiana, SILVA, Martinho. (Orgs.). *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 133-148.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. “Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas”. In: *Psicologia: Ciência e profissão*, vol. 21, n. 4, p. 2-15, 2001.

RIBEIRO, Carla. *Redução de Danos e seus princípios: uma revisão sistemática na saúde coletiva*. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2015.

ROSA, Pablo Ornelas. *Drogas e a governamentalidade neoliberal: Uma genealogia da redução de danos*. Florianópolis: Editora Insular, 2014.

SANTOS, Vilmar Ezequiel dos; SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli. “Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil”. In: *Physis*, vol. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010.

SANTOS, Valcleiton Bispo; MIRANDA, Marlene. “Projetos/Programas de Redução de Danos no Brasil”. In: *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, vol. 5, n. 1, p. 106-118, 2016.

SILVEIRA, Ricardo Wagner Machado da. “Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis”. In: *Rev. NUFEN*, v. 8, n. 1, p. 110-128, 2016.

Submetido em 09/07/2020.

Aprovado em 26/01/2021.