

Michele Eichelberger

O QUE PODE A REDUÇÃO DE DANOS?

Videz-vous de tous vos clichés: o graffiti como produção de saúde

CAMPINAS

2012



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Saúde Coletiva

O QUE PODE A REDUÇÃO DE DANOS?

Videz-vous de tous vos clichés: o graffiti como produção de saúde

Michele Eichelberger

Dissertação de Mestrado apresentada a Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde, linha de pesquisa Gestão e Subjetividade – Estudos das Práticas e Políticas de Saúde. Sob orientação do Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho.

Campinas, 2012.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROÇO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

Ei22q Eichelberger, Michele, 1982 -
O que pode a redução de danos? *Videz-vous de tous vos clichés: o graffiti como produção de saúde* / Michele Eichelberger. – Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Sérgio Resende Carvalho.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde coletiva. 2. Saúde mental. 3. Usuários de drogas. I. Carvalho, Sérgio Resende. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Wat can harm reduction? *Videz-vous de tous vos clichés: the graffiti as health production.*

Palavra-chave em inglês:

Collective health

Mental health

Drug users

Área de Concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Sérgio Resende Carvalho [Orientador]

Ricardo Rodrigues Teixeira

Elizabeth Maria Freire de Araujo Lima

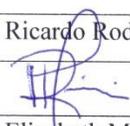
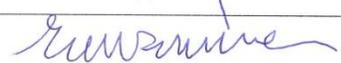
Data da defesa: 29-02-2012

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado

MICHELE EICHELBERGER

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Sérgio Resende Carvalho

Membros:
 Professor(a) Doutor(a) Sérgio Resende Carvalho
Professor(a) Doutor(a) Ricardo Rodrigues Teixeira
 Professor(a) Doutor(a) Elizabeth Maria Freire de Araujo Lima


Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 29 DE FEVEREIRO de 2012



*Graffiti produzido por pesquisadores do coletivo Conexões - Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade – Unicamp. Abril, 2011.

À arte de inventar conceitos e outras bossas...

Coisas nossas!

Resumo

A noção de que o uso de drogas é um problema a ser excluído, operada por uma linha de enquadre da saúde pública, de antemão limita possibilidades de mudanças na atenção às pessoas que fazem uso de drogas, seu acesso efetivo aos serviços públicos de saúde. Diante desse quadro (visível), no limite dessas formas ou noções, o movimento de Redução de Danos opera como *tensor*, produzindo uma *subtração criadora* de diferenças de dinâmicas: linhas de cuidado que desafinam as relações constantes, a determinação atual de uma política pública de drogas um tanto quanto fantasmática e intimidadora, ou ainda, hipertrofiada e neurótica. Com isso, sabendo que nunca se está diante de uma tela em branco, a presente investigação pretende tornar possível outro fundo para se pensar uma política de drogas. Toma-se, nesse intuito, o *procedimento de limpeza e traços do pintor Francis Bacon*, que em si já sugere a mudança de um quadro, no caso, do afundamento da atual política de drogas à rearticulação de práticas de saúde junto às pessoas que fazem uso de drogas. Mas a questão é *como* essa mudança pode ser feita? Assim, ao lançar a mancha, o *traço*, o grito de O QUE PODE A REDUÇÃO DE DANOS?, lança-se à ação no território, ao encontro de uma zona comunicante com outros traços. O *traço-linha* que foge, portanto, subtrai-se de possibilidades de cuidado dadas a priori para, comungando com outros traços, expressar um cuidado possível. No limite, *Pintou Limpeza*, uma atividade básica, precisamente radical, micropolítica, colaborativa, que ao criar uma zona de trocas impulsiona uma produção de cuidado que tensiona a poética social produzida.

Palavras-Chave: Saúde Coletiva; Saúde Mental; Usuários de Drogas.

Abstract

The notion that drug use is a problem to be deleted, powered by a row of falling public health, limited possibilities for advance changes in attention to people who are using drugs, their effective access to public health services. Given this frame (visible), within the limits of those forms or notions, the harm reduction movement operates as tensor, producing a subtraction dynamic differences creator: lines of caution that desafinam relations constants, determining that a public policy of drugs somewhat daunting, or even fantasmatics and hypertrophied, and neurotic. With this, knowing that never is in front of a blank screen, this research aims to make possible other fund to think about a drug policy. Take, this the cleaning procedure and traces of the painter Francis Bacon, which in itself already suggests changing a frame, in the case of sinking of the current drug policy rearticulation of health practices among people that use drugs. But the question is how this change can be made? Thus, when launching the stain, the dash, the cry of WHAT CAN HARM REDUCTION?, launches the action in the territory, to meet a connecting zone with other traits. The dash-line that runs away, so subtract of possibilities a priori to care given, while concurring with other traits, expressing a care. In the limit, Painted Cleaning, a basic activity, precisely radical, collaborative, that the micropolitical create a trade area boosts production of care which the tension produced social poetics.

Keywords: Public Health; Mental Health; Drug users.

Sumário

Introdução - Passagens e Territórios	8
0. Que parada é essa?	8
Capítulo 1 - “O problema das drogas”	14
1.1 - Abertura das comportas	20
1.1.1 - <i>No Brasil</i>	27
Capítulo 2 - Redução de Danos e Saúde Coletiva	32
2.1 - O QUE PODE A REDUÇÃO DE DANOS?.....	32
2.1.1 - Pintou limpeza	37
2.1.1.1 - <i>Em Santos e nos campos da vida</i>	43
2.1.2 – Do lance da seringa	47
2.1.2.1 - <i>Zona de trocas</i>	51
Capítulo 3 - <i>Videz-vous de tous vos clichês</i>	56
3.1 - Uma artimanha do cuidado	56
3.1.1 - <i>O graffiti como produção de saúde</i>	60
Considerações Finais - A Política de Redução de Danos e	65
Bibliografia	67

Introdução - Passagens e Territórios

0. Que parada é essa?

A noção de que o uso de drogas é um problema a ser excluído, operada por uma linha de enquadre da saúde pública, de antemão limita possibilidades de mudanças na atenção às pessoas que fazem uso de drogas, seu acesso efetivo aos serviços públicos de saúde. Pois, na medida em que excluir a experiência com a droga é uma meta imposta, que a potência da abstinência é pressuposta, a finalidade do trabalho é pontuada por referência a essa realização, o que de antemão exclui a atividade do usuário e seu território de vida, a possibilidade de construções conjuntas e de cuidado integral.

Diante desse quadro (visível¹), no limite dessas formas ou noções, o movimento de Redução de Danos opera como *tensor*², produzindo uma *subtração criadora*³ de diferenças de dinâmicas. Ao reintegrar o coletivo trabalhador-usuário⁴ e ampliar territórios de cooperação, revitaliza a função pública da saúde e sustenta outras possibilidades de cuidado, por muitas vezes marginalizadas, ou então, capturadas.

Nesse sentido, como *expressões atípicas*, as ações de Redução de Danos operam linhas de cuidado que desafinam as relações constantes, a determinação atual de uma política pública de drogas um tanto quanto fantasmática e intimidadora, ou ainda,

¹ Atual, concreto, corporificado.

² Expressões atípicas representam os tensores que colocam em variação contínua as formas, arrancando-as de seu estado de constantes (Deleuze e Guattari, 1995a, p. 44).

³ Subtrair e colocar em variação é uma só e mesma operação, como um devir-menor de uma língua maior (Deleuze e Guattari, 1995a, p.51).

⁴ Cisão eu-outro, com todas as especificidades que esta pode adquirir no campo da saúde, numa relação de serviço, de serviço público e no Brasil (Teixeira, 2003:90).

hipertrofiada e neurótica. Trata-se da política antidrogas, que ao focar a droga e limitar diferentes atividades e trocas, pela medicalização e criminalização dos usos, produz danos ao conjunto de relações que constitui a rede de vida da pessoa que faz uso de drogas, limitando concretamente seu acesso aos serviços públicos e a produção de saúde. O que limita o próprio movimento do movimento de Reforma Sanitária e Democratização Brasileira, que criou língua no final do século XX tornando possível que um conjunto de políticas públicas fossem construídas em espaços micropolíticos, no presente em que o trabalho de fato vive, em que acesso à saúde é efetivado.

Sendo assim, a produção de uma tônica de pré-conceitos sobre o uso de drogas não apenas trava posições, instituições de saúde, mas a efetiva operação de demanda e oferta do cuidado, a associação comum entre heterogêneos que torna possível processos de comunicação coletiva⁵. De modo que despier a política atual, um conjunto de práticas, é despojá-las de clichês, no enfrentamento de relações viciadas por tanto investimento de controle e do excesso de medida que, em nome da preservação de uma vida saudável e da normalização social, ameaça uma vida de ser arrancada de sua rede de relações.

Para tanto, diante de um fundo de representação que lança um conjunto de práticas como um sobressalto, um fazer pronto, é preciso força de sobriedade, ou seja, atingir toda uma micropolítica comunicante do campo social. E invocar essa precisão radical, movimentos locais de efetiva alteração, é reencontrar práticas que se adéqüem aos movimentos singulares, aos diferentes modos de vida das pessoas que fazem uso de drogas,

⁵ O modelo de comunicação diagramático pensa processos de comunicação coletiva. Nesse esquema a imagem é a do diagrama, de uma rede da qual todos participam, entregue à deformação e ao esgarçamento. O sentido não flui de um ponto ao outro, é “o-que é-com”, o contexto, que está sempre em jogo, permanece alvo dos atos de comunicação (Teixeira, 1997, p.33).

impulsionando o salto de uma zona de trocas com o meio que se dispõe e precipitando um *como fazer* à liberação de traços de vida⁶ e à expressão de um cuidado possível.

Com essas ponderações, a presente investigação pretende tornar possível outro fundo para se pensar uma política de drogas. Com um tanto de malícia (tanto quanto se é mais “inocente”), persistência e prudência, táticas. Sabendo que nunca se está diante de uma tela em branco e que no escape de um dado de antemão é ulterior contornar uma zona de trocas, como impulso para a produção do cuidado. Toma-se, nesse intuito, *o procedimento de limpeza e traços do pintor Francis Bacon* (Deleuze, 2007), que em si já sugere a mudança de um quadro, no caso, do afundamento da atual política de drogas à rearticulação de práticas de saúde junto às pessoas que fazem uso de drogas. Mas a questão é *como* essa mudança pode ser feita? Fazer coexiste com o saber como fazer⁷. E esse entrelaçamento é o motivo, o uso, o interesse, a função desse procedimento, inseparável de uma ética do cuidado da política de Redução de Danos⁸: entrar em relação de conhecimento com o outro, numa zona de trocas⁹, e ativar o coletivo trabalhador-usuário à produção cooperativa do cuidado ao invés de *kits perfis-padrão* (Rolnik, 1997), limitados a priori.

⁶ Como liberar do pássaro traços de passividade, do rosto traços de rostidade e da vida traços de humanidade (Deleuze, 2007), ação que desorganiza um aprisionamento identitário, um dado a priori. Pois é um erro agir como se o rosto só se tornasse humano a partir de um *close*, ele é por natureza um *close* produzido na humanidade, por isso escapar, desfazer o rosto, fazendo com que os próprios traços de rostidade se subtraíam à organização, enfim, de um rosto e não mais subsumam a qualquer rosto (Deleuze, Guattari, 1996). Não se trata de qualquer arranjo, mas de uma fuga: a vida que se reduz a um traço para encontrar sua zona comunicante com outros traços e assim produzir uma vida liberta de uma correspondência formal. Uma vida necessariamente comunicante (Deleuze, Guattari, 1996).

⁷ Produz-se um salto no mesmo lugar. Entre o que o pintor quer fazer e o que ele faz, houve necessariamente um *como*, “como fazer”. A fórmula constante de Bacon: fazer semelhante, mas por meios não semelhantes (Deleuze, 2007). Funda-se uma zona comum de pontos de vista diferentes, *do agenciamento de intuições pré-conceituais* (Castro, 2002), como uma adição de subtrações (Deleuze, 2007).

⁸ Um procedimento que se integra o cuidado.

⁹ Uma zona comum, comunicante..

Contudo, é justo por uma aposta de que a expressão do trabalho cooperativo na produção do cuidado pode dar passagem às *minorias excluídas*¹⁰ e a outros modos trabalho, precisamente pela associação comum que as coletividades permanentemente inventam para se comunicar, que se concebe uma ciência cruel, no sentido ontológico da crueldade, cruel com as verdades pré-concebidas, com as formas dadas (Artaud, 1984). Ao invés das correspondências formais, um salto: o trabalho em saúde contornando a vida que escapa de uma forma universal, o interesse em uma vida em andamento, itinerante, que não existe fora da *socialidade humana*¹¹ (Castro, 2002), de sua relação com *o outro*.

Assim, ao lançar a mancha, o *traço*, o grito de “O QUE PODE A REDUÇÃO DE DANOS?”, lança-se uma *linha que foge* do que seja¹² uma política Redução de Danos, de pontos de referência, à exemplo de políticas pontuais como a troca de seringas¹³. Lança-se à ação no território, ao encontro de uma zona comunicante com outros traços: uma vez que pontos de referência podem limitar as diferenças de dinâmicas, a adequação do cuidado ao movimento de uma vida, assim como formatar demandas e pressupor soluções, aprisionando as passagens cotidianas. Logo, é no limite de uma correspondência formal que um “*fora*” pode se lançar à *atividade criadora* de políticas públicas além das definidas de antemão: saltando de uma relação de conhecimento das necessidades das pessoas que

¹⁰ A maioria é um padrão, é sempre Ninguém, supõe um estado de poder e dominação, é determinação atual de relações constantes. Uma determinação diferente da constante é considerada como minoritária, como fora do sistema. É utilizando muitos elementos da minoria conectando-os, conjugando-os, que inventamos um devir autônomo, imprevisto (Deleuze e Guattari, 1995a, p. 52 e 53).

¹¹ Uma vida que não existe fora de relações sociais, as quais não se distinguem de costumes, culturas, grupos, conjugualidades, que são uma expressão possível de relação, uma relação de relações, micromultiplicidades de multiplicidades, um agenciamento singular e coletivo (Deleuze, 1995; Castro, 2002).

¹² Sempre houve uma disputa na linguagem entre o verbo “ser” e a conjunção “e”, entre *é* e *e*, pois um age na linguagem como uma constante e o outro coloca tudo em variação. Uma expressão simples como *e...* pode representar o papel de um tensor, sendo o *e* menos uma conjunção do que a expressão atípica de todas as conjunções possíveis que coloca em variação contínua (Deleuze e Guattari, 1995a, p. 42 e 44).

¹³ Usuários de drogas injetáveis trocam seringas descartáveis para se prevenirem do HIV e outras doenças, expressando um cuidado possível.

fazem uso de drogas e à invenção do cuidado. O *traço-linha* que foge, portanto, subtrai-se de possibilidades de cuidado dadas a priori para, comungando com outros traços, expressar um cuidado possível.

E se conectar e conjugar um “fora”, inventando outros gestos (imprevistos), pode ativar outros territórios de produção de uma política pública de drogas, é em confronto com mecanismos higienistas e desafio ao que já vem pronto, como o que já vem pré-desenhado no enquadre de clichês: o consumo compulsório de uma sociedade limpa das drogas, de uma vida “normal”. Desterritorializam-se, assim, composições de ordem, reduzindo seu empreendimento de morte social, e se afirmam territórios de vida, em detrimento do que (aparentemente ou concretamente) os impede.

É nesse movimento micropolítico, de um processualismo político radical (Teixeira, 2003), que se traz a dinâmica do graffiti para pensar produção de saúde junto às pessoas que fazem uso de crack. No limite, “*Pintou Limpeza*”¹⁴, uma atividade básica, precisamente radical, micropolítica, colaborativa, que ao criar uma zona de trocas impulsiona uma produção de cuidado que tensiona a poética social produzida. Pois nossas relações com o outro são imediatamente a expressão de uma relação social, *relação de relações* (Castro, 2002), e como existimos em relação modifica radicalmente nossas redes de vida e trabalho: uma operação amplificante que estremece as forças universalizantes, ou seja, ao entrar em

¹⁴ O Programa de DST/Aids da Prefeitura de Santos/SP lançou em 1989 o Programa de Troca de Seringas (PTS) para o controle da epidemia de Aids entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs), uma iniciativa que ao dispor seringas descartáveis estéreis mediava a troca por seringas usadas, coletadas das comunidades. Mas, embora fosse uma iniciativa respaldada internacionalmente, foi enquadrada como crime pelo Ministério Público, sob acusação de que incitaria o uso de entorpecentes de acordo com a legislação vigente (Lei de Tóxicos-1976), que reprimia qualquer ação que supostamente incitasse ou difundisse os usos. Sem essa opção de troca, que se manteve como um dispositivo ilícito até 1994, em 1991 a Prefeitura de Santos/SP lançou a campanha “*Pintou Limpeza*” (Mesquita, 1994: 173), uma alternativa que obteve respaldo e consistia na distribuição de hipoclorito de sódio para trabalhar como limpar/desinfetar seringas e agulhas, uma vez que essa limpeza foi uma prática constatada como freqüente entre os usuários e o problema era que o modo de limpar era ineficaz (Bastos, 1993).

relação de conhecimento com o território de vida da pessoa que faz uso de drogas se ampliam os agenciamentos coletivos que produzem uma maior potência de vida singular.

É nesse plano micropolítico, por exemplo, que podemos reconhecer uma série de experiências que, já há algum tempo, vêm criando algumas possibilidades reais de se efetivar a prática da tecnodemocracia, isto é, um modo de efetivamente ampliarmos as chances de participação de todos nas escolhas que mais diretamente afetam a “poética social” que produzimos e que é, afinal, o modo como realizamos individual e coletivamente uma dada estética da existência (Teixeira, 2003:95).

Por fim, a reativação do coletivo trabalhador-usuário e a expressão do cuidado integral¹⁵ são os traços intermediários da política de Redução de Danos: uma ética do cuidado que sugere a produção de novos agenciamentos às práticas de saúde. Pois o trabalho é vivo, produz a vida, necessariamente produz e reproduz afetos e, logo, tem enorme potencial de ação biopolítica (Hardt, 2003), de produção de vida. De modo que a expressão de outras experiências e de outros modos de trabalho pode contagiar a criação de outras possibilidades de vida, quando então a coletividade se apropria do princípio de participação social e passa a colaborar biopoliticamente, mobilizando o que produz em comum à produção cooperativa do cuidado, de redes de cooperação¹⁶ (Souza, 2007). Assim, já que o *trabalho afetivo* é ontológico (Hardt, 2003), já que as nossas relações se inscrevem num plano coletivo e já que são permanentemente relações de potência de (re)invenção do concreto, que possa ser pela ampliação de processos cooperativos.

¹⁵ Que se torna integrado por esse entrelaçamento de subtrações (Deleuze, 2007).

¹⁶ Redes de trabalho são redes de produção de afetos, que é a própria produção de redes sociais, de comunidades. Redes de produção de redes (Teixeira, 2004)

Que parada é essa? É justo a parada de um ritmo de vida¹⁷, um movimento forçado de si, o trampolim ao que se segue: passagens nos territórios que podem criar outros modos de trabalho, outra função pública e outro *estilo*¹⁸ à política de drogas, por sua vez ocupado com a ética da diferença, em detrimento da exclusão *do outro*, da desocupação coletiva e, no extremo, de violentas exclusões sociais.

¹⁷ O mundo que prende a mim mesmo se fechando sobre mim, o eu que se abre ao mundo, e o abre a si mesmo, onde diminuição e aumento, redução e expansão coincidem, produzindo uma queda intensiva que não implica em nenhum contexto de sofrimento no espaço (representado facilmente), mas em um ritmo de vida: o nascimento de um ritmo de vida e não de qualquer ritmo. Uma vida que se desarticula do ritmo de vida justo que não suporta mais e compõe uma potência imensa (Deleuze, 2007; Deleuze, Guattari, 1997).

¹⁸ O estilo é o procedimento de uma variação contínua, um agenciamento de enunciação, não será possível impedi-lo de fazer uma língua dentro de uma língua. É aí que o estilo cria língua [...] Só se alcança esse resultado através de sobriedade, subtração criadora (Deleuze, Guattari, 1995a, p. 41 e 43).

Capítulo 1 - “O problema das drogas”

A existência de diferentes drogas em diferentes territórios foi descoberta pelas grandes navegações, expansões que impulsionaram apropriações de territórios, suas atividades e trocas. Foram denominadas drogas, nos séculos XVI e XVII, as especiarias das índias orientais e ocidentais (pimenta, canela, açúcar, tabaco...), produtos preciosos destinados ao consumo, uso médico e como “adubo” da alimentação. A então troca de drogas versava na troca de produtos necessários ao homem, para defesa da vida e, diante da falta comum, aproximação dos povos (Carneiro, 2005).

Contudo, ao se abrir uma brevíssima perspectiva histórica emergem os massacres ocorridos para o encontro, conhecimento e controle das fontes de produção de especiarias na época colonial, constatando que essa aproximação pelas “trocas” não descobriu, propriamente, comunidades, vizinhanças. A apropriação dos saberes indígenas (extirpação dos seus usos) pela sociedade colonial reprimiu diferentes experiências do uso de drogas erguendo, em seguida, fronteiras bem definidas e vigiadas.

A produção de outros timbres e estados de intensidade na cultura de quase todas as sociedades tornou as drogas objeto de imenso interesse político e econômico na disputa pelo controle do seu fluxo e determinação das formas permitidas do seu uso. De modo que a função das drogas nas relações sociais, mesmo que muitas vezes se torne menos visível, é de grande relevância para compreender a gênese da constituição de um dos maiores fluxos bioeconômicos do mundo, que inclui drogas psicofarmacológicas lícitas (ansiolíticos,

sedativos, antidepressivos, estimulantes), drogas ilícitas e o tabaco, os alcoóis, o café, o chá, a erva-mate¹, dentre outras substâncias de usos regionais (Carneiro, 2005).

Das drogas fabricadas pela indústria farmacológica, as fórmulas da psiquiatria biológica vêm alojando a capacidade subjetiva ao sabor de um mercado que sustenta e produz essa demanda (Rolnik, 1997) ditando o desenho das fronteiras entre o normal e o patológico, o tratável e o aceitável (Rose, 2010), sem transpô-las em adequação aos diferentes estilos de vida. Da produção e comércio de drogas psicofarmacológicas e da relação toxicomaniaca, viciada, estabelecida com o consumo desses produtos vem se pontuando a política de um capitalismo tardio, pós-modernismo (Carneiro, 2008). E, assim, em nome de uma melhoria de vida o controle da sociedade é expresso na produção de *uma sociedade psicofarmacológica* (Rose, 2010).

Por uma nova ótica medicalizadora, a do biocapitalismo, esboça-se o que pode uma vida aparentemente separada do seu tecido coletivo, desagregação em curso no mercado de biotecnologia biomédica. Novas formas de controle e restrição de liberdade, tão explicitamente insidiosas quanto mais implicitamente coercitivas: técnicas biomédicas de manipulação das relações sociais, da gestão de si, que vem domesticando os corpos e produzindo uma ameaça de vazio insuportável. Pois uma vida é sempre tomada numa rede de vida, é sempre tomada por traços intermediários, por associação, justaposição, de modo que separar e aprisionar essa vida é arrancá-la de sua expressão singular. E o abismo é imenso, entre a previsão de uma vida saudável e feliz e os problemas da vida cotidiana

¹ Em 1596 a erva mate (*Ilex paraguayensis*) foi proibida pelo governador da Província do Paraguai, que denunciava ao rei da Espanha: *Há nesta governação, geralmente em homens e mulheres um vício abominável e sujo, que é tomar algumas vezes ao dia a erva com grande quantidade de água quente, com grandíssimo dano do temporal, porque faz aos homens preguiçosos*. Importante na formação colonial de toda a região do pampa (Brasil, Uruguai, Argentina e Paraguai), o maior consumo de erva mate remonta ao século XVII (1645-1767), quando então passa a ser cultivada e comercializada pelos jesuítas, como erva-missioneira (Carneiro, 1994: 131).

sobra uma inadequação, uma vida perdida de si, do seu traço e, logo, com uma imensa sensação de impotência de invenção de si.

Recorrentemente, em nome da saúde e segurança pública, quando essas esferas compartilham de princípios pré-conceituais², experimenta-se essa sensação de vazio e insegurança, uma sensação que na medida mesmo em que foi produzida é contornada pelo biocapitalismo, que gerencia essa vida aparentemente perdida de si produzindo *zumbis hiperativos incluídos* (Rolnik, 2007, p. 18), ou ainda, uma fantasmática e neurótica representação de si produzindo uma *toxiconomia generalizada* (Rolnik, 1997).

E se cartografar um porvir sobre-humano seria recair num clichê, é necessário um pouco de artimanha, tanto quanto necessário para escapar de um conjunto de dados probabilísticos (de possibilidades de vida dadas de antemão) e tornar visível uma rede de relações com a vida que vem ganhando lugar doméstico e, contraditoriamente, perdendo-se dos problemas cotidianos de uma vida. Assim, como nunca se deixa de tropeçar numa representação, de reencontrá-la, diante de cada quadro é necessário enfrentar esse aparente vazio ao qual a vida vem sendo escravizada para em seguida, mobilizando o que se produz em relação, expressar possibilidades de vida. É preciso que nossas práticas em saúde retomem permanentemente o passo, comunicando o excesso de presença assustador diante de cada quadro para, em fuga, reencontrar o traço de humanidade que foi excluído e inventar um cuidado possível.

Essa artimanha clínica está fora do ritmo das redes de vida e trabalho em saúde? É verdade, mas uma falsa verdade, um clichê, uma prontidão-para-ação conservada e permanentemente recolonizada. E é exatamente o que devemos enfrentar, essa verdade que

² Os dois princípios fundamentais que orientam a medicina desde sua instituição histórica: a preservação da vida saudável e a normalização da vida social.

se faz constante, mas não verdadeira o suficiente, justamente porque não se deslocou suficientemente “fora” de um centro imposto e vigiado, habitado de antemão, como *uma terra sem povo* (Deleuze, Guattari, 1997). Assim, para enfrentar essa obsessão maior e liberar nossos traços, só perdendo o excesso de medida, ou de comedimento, só com um tanto de artimanha, mas com a prudência necessária para que outras práticas em saúde não corram o risco de permanecerem marginalizadas, ou então, de serem reenquadradas. Pois não se trata de criar quadros ou de convertê-los/traduzi-los, e sim de permanentemente fazê-los girar (tornar), de acordo com as subtrações, em adequação aos usos, ou seja, entrelando as subtrações produzidas: cores à expressão de outras práticas em saúde.

É dessa maneira que essa investigação pretende expressar seu traço, enfrentando a produção do “problema das drogas” afim de desnaturalizá-lo e preparar outro fundo para se pensar uma política pública de drogas e a produção de saúde junto às pessoas que fazem uso de drogas. Busca-se um detalhamento conceitual que desafine os princípios que fundamentam o uso de drogas como um problema a ser excluído.

Da *naturalização do risco como conceito*, implícito todo movimento político envolvido nessa produção, o risco é apenas uma probabilidade de um evento ocorrer (Douglas, 1992). Mas, colocando transparência, a operação dessa *naturalização* descarta os contextos sociais (Schiller, 1992), é o próprio evento não-desejado que é tomando como risco: “o uso de drogas como um perigo a saúde pública”. Essa concepção tem fundamentado o gerenciamento de escolhas tanto no nível macropolítico como na vida cotidiana e produzido, contraditoriamente, uma imensa sensação de insegurança em nome do controle dos riscos (Beck, 2003; Giddens, 1995).

No caso do uso de drogas ilícitas, em que esse controle é explícito e coercitivo, quando qualquer uso (voluntário) é tomado como um perigo, como um evento indesejado, as práticas em nome de uma melhoria de vida são pontuadas não para o controle de doenças (não-voluntárias), e sim para o controle repressivo do uso. Mas a perspectiva da Redução de Danos desafia, suas práticas assumem traços intermediários, visando eliminar problemas decorrentes da não-assistência aos usuários criminalizados sob um regime proibicionista (Marlatt, 1999). Por essa ótica o evento a ser evitado é uma doença (não-voluntária) relacionada a um contexto de uso dessas substâncias, assim como outros danos produzidos no conjunto de relações que constitui a rede vida de uma pessoa que faz uso de drogas.

Contudo, mesmo que por uma nova ótica, o controle dos riscos repõe dilemas clássicos da medicina no uso de drogas, que expressam questões cuja resposta já está dada de antemão, naturalizada: o uso de drogas opõe-se a vida e a razão, produz um quadro de sofrimento e pobreza (Foucault, 1998). Seja sob a esfera da saúde pública, seja sob o aparato jurídico/repressivo, compartilha-se a não-aceitação do uso de drogas, como comportamento danoso à saúde ou como crime. Porém, falta-lhes um detalhamento conceitual, na medida em que enquanto controvérsias compartilham de princípios e apenas sediam divergências (Fiore, 2006), as quais são atravessadas por tecnologias de poder imbuídas na manipulação da existência coletiva.

Por fim, novos pontos de referência investem no controle de inclusões e exclusões sociais, reconfigurando mecanismos higienistas em nome da gestão de uma vida comunicante. Novos pontos de referência, ainda prejudiciais à livre conjugalidade de uma vida.

1.1 - Abertura das comportas

A construção do “problema social” atrelado ao consumo de algumas substâncias só se tornou relevante à sociedade ocidental a partir da metade do século XIX, movimento que ganhou força e se institucionalizou primeiro nos EUA (Fiore, 2005). Seja pelos mecanismos puritanos dessa sociedade, seu pressuposto moralista, seja pelos interesses econômicos e políticos de uma elite preocupada com os acentos de raças “perigosas” (os irlandeses e o álcool, os negros e a cocaína, a maconha e os mexicanos, os chineses e o ópio), de todo modo, é a partir de então que o consumo de algumas substâncias psicoativas se torna uma questão pública: a questão das drogas.

Mas o ponto crítico da atual política pública de drogas foi a transformação do que até 1910 era um “problema do ópio” no “problema das drogas”. A *abertura das comportas* à política proibicionista, à expansão ilimitada de substâncias sujeitas a proibição (proscrição legal), deu-se com a inclusão da cocaína como substância a ser controlada em cooperação internacional compulsória, que intensificando seus mecanismos de proibição mobilizou a produção de uma “guerra às drogas” (Scheerer, 1993: 170).

A produção, o comércio e o consumo de algumas substâncias psicoativas, que se convencionou a chamar de “drogas³”, não sem consequência, conformou a “questão das drogas”, elevada a “problema social” por um posicionamento claramente entrincheirado: o consumo de drogas naturalizado como algo essencialmente negativo, como um problema em si. (Labate, Fiore, Goulart, 2008). Assim, o conhecimento produzido sobre o uso de drogas foi construído sob o ponto de vista de combate de um mal e, sob o predomínio da

³ Termo mais usado e mais impreciso para se referir a substâncias psicoativas ilegais.

biomedicina, como um problema de saúde pública, as drogas foram reduzidas as suas propriedades farmacológicas, como algo em si, que não implica relação.

Contudo, até 1910 “o problema do ópio” era “um problema de ópio”, significava apenas um conflito de estilos políticos diferentes entre Inglaterra e EUA que colidiam no Oriente (colonialismo tradicional x capitalismo moderno). Assim, e com enfoque na questão chinesa, os esforços internacionais estavam limitados ao ópio, porém não se perdia de vista uma possível restrição da morfina e outros alcalóides industrializados do ópio, uma vez que essa restrição de produção e exportação seria um ataque direto aos interesses da indústria farmacêutica, localizadas principalmente na Inglaterra e Alemanha. Mas em 1909 a comissão de Changai conclamou o governo dos EUA a liderar a “grande cruzada moral do século XX” e a iniciativa americana se limitou a um acordo internacional para salvar o povo chinês do vício, o governo chinês da colonização e o mercado chinês dos monopólios europeus, interrompendo as exportações anglo-indianas de ópio para China.

E para transformar em convenção as recomendações não-compulsórias da comissão de Changai o governo dos EUA (ainda em 1909) convidou os países envolvidos⁴ para uma conferência seguinte, a se realizar em Haia (1911-1912). Sendo que a Inglaterra tardou a concordar com a conferência proposta e quando o fez propôs trocar parte dos tópicos sobre o ópio pela questão da morfina e da cocaína. A palavra cocaína era então introduzida no discurso internacional e o “problema do ópio” passa a se transformar no “problema das drogas”, uma alteração que mudou o caminho da política mundial de drogas.

Assim, a inclusão de não opiáceos (de alcalóides derivados do ópio) na lista de substâncias a serem banidas em cooperação internacional remonta o movimento político

⁴ Doze potências negociaram a convenção do ópio: EUA, Inglaterra, China, França, Alemanha, Itália, Japão, Holanda, Pérsia, Portugal, Rússia e Sião (Scheerer, 1993: 177).

inglês de preparação da conferência de Haia, do recebimento do convite (1909) a sua aceitação (1910):

- A cruzada moral liderada pelos EUA contra a política inglesa do ópio em relação à China forçou a Inglaterra a caminhar para extinção das exportações para China, mas transformar as recomendações não-compulsórias de Changai em deliberações compulsórias deveria ser evitado a todo custo para salvar sua reputação junto à opinião pública mundial e doméstica.

- Desde a comissão de Changai a posição tradicional do governo inglês na questão do ópio ficou insustentável. Mesmo medidas graduais, como o “*acordo de 10 anos*”⁵ (1907) entre Inglaterra e China, não a salvaria. Porém, quando a Inglaterra recebeu a circular americana com a proposta da conferência (1909) estava em renegociação desse acordo com a China e foi possível interromper prematuramente a exportação de Ópio, extinguindo a proibição chinesa de plantar e produzir ópio, que sempre teve o apoio americano. De modo que o atraso inglês em responder a circular americana excluiu a Inglaterra da linha de fogo, pois quando aceitou o convite (1910) a renegociação do “acordo dos 10 anos” estava perto de um final feliz, permitindo a afirmação inglesa de que os objetivos iniciais da conferência de Haia haviam perdido relevância.

- Colocadas as pré-condições (drásticas) inglesas para participar da conferência de Haia, solucionou-se o dilema inglês. Os assuntos importantes seriam os alcalóides industrializados, mais que o ópio, e a Inglaterra viraria a mesa, pois agora quem estava sendo acusada era a Alemanha, maior exportadora mundial de morfina e cocaína. Uma engenhosidade diplomática inglesa que transferiu o problema para seu maior rival

⁵ Acordo que previa um decréscimo de 10% anuais do comércio do ópio e sua total extinção em 1917 (Scheerer, 1993: 175).

econômico e político, cuja ascensão só poderia ser contida por união de esforços internacionais.

Assim, tudo dependeria das reações da Alemanha, que tinha muito mais a perder com regras proibicionistas contra a morfina e a cocaína do que qualquer outro país. E mais, a relação com essas drogas era mais favorável na Alemanha do que em outros países, principalmente nos EUA, onde a morfina e a cocaína tinham má reputação. De modo que das doze potências que negociavam a convenção de Haia apenas 5 tinha interesse na questão da morfina e cocaína: EUA, Inglaterra, China, Alemanha e Holanda.

Mas nos EUA a reputação e a oferta de cocaína havia caído desde o seu pico (1907) na medida em que os estados aprovaram legislações duras contra ela, em alguns casos mais duras que as anti-heroína, e para os americanos a iniciativa inglesa parecia oportuna e necessária. A china concordava com essa percepção, pois vinha notando que com sua política anti-ópio imensas quantidades de morfina e de cocaína eram contrabandeadas como substitutos. Scheerer (1993:178) ressalva, mesmo esses efeitos pro-heroína, pro-morfina e pro-cocaina não contagiaram uma revisão da filosofia proibicionista, pois uma proposta menos moralista e contraproducente poderia manchar a imagem dos defensores da moral.

Sobrava a resistência da França, da Holanda e da Alemanha ao proibicionismo. A França tinha o menor interesse econômico com relação às drogas, não havendo dados disponíveis da produção de morfina e cocaína pré primeira guerra e, além disso, o país estava em uma fase anti-proibicionista. Amsterdam, assim como outras possessões holandesas no Oriente, servia como centro mundial de comércio de folhas de coca, mas não teve poder de resistir à coerção resultante da conferência de Haia, resistindo (junto com a França) o máximo possível à implementação da convenção.

Já a Alemanha tinha uma próspera área farmacêutica e para proteger os interesses da indústria realimentava a imagem imaculada que a cocaína e morfina tinham na Europa Central naquela época. E, apesar das grandes quantidades dessas drogas produzidas no país, haviam sinais muito esparsos de uso não-médico de alcalóide e nenhum sinal de cruzada moral, não merecendo maior atenção. Além disso, ao contrário dos EUA, não tinha problemas internos com o uso de alcalóides associado com desprezadas minorias étnicas. Ao contrário da Inglaterra, não havia práticas de comércio indefensáveis que a fizesse tomar uma posição conciliatória entre a cruzada americana e anti-cruzada inglesa. Por fim, seus meios legais de controle da produção e comércio de alcalóides funcionavam adequadamente, por que então ceder a pressões externas? E foi assim, a diplomacia alemã não desenvolveu um plano de ação contra a ofensiva inglesa.

De maneira que, com a conferência de Haia (1911-1912)⁶, os ideais que surgiram nos EUA durante as décadas anteriores impregnaram o mundo, num transplante de normas, o que produziu uma homogeneidade no mundo em relação às leis sobre drogas, tomando os usos como atos universalmente errados e produzindo uma vida com manobras limitadas. Haja visto que até mesmo o hábito indiano de comer ópio, por algum tempo mantido fora do âmbito legal, com a apresentação dos princípios americanos e a universalização da lei foi nela incluído no início do século XX, como um sacramento da proibição (Scheerer, 1993: 187).

A partir de então se atingiu um dos picos de intolerância, com a proibição do comércio do álcool durante a Lei Seca nos Estados Unidos (1920-1933) o consumo de drogas passa por uma forte intervenção reguladora do estado, o fenômeno do

⁶ Conhecida como “Convenção do Ópio”, realizou-se de 1 de dezembro de 1911 e 23 de janeiro de 1912, mas devido eclosão da I Guerra Mundial (1914-1917) só foi executada em 1921 (Fiore, 2005; Scheerer, 1993).

proibicionismo, submetendo as drogas a uma legislação que permite algumas e proíbe outras⁷. Esse território de produção do “problema das drogas” veiculou legislações específicas e aparatos policiais em sincronia com um imenso aparato de observação, intervenção e regulação dos hábitos cotidianos das populações, que incluiu a atividade normatizadora da medicina.

O paradigma do vício, da perda de controle, desvio da norma, constituiu uma das matrizes da intervenção sobre o controle do corpo, que se relaciona com as campanhas contra as drogas, ataques em regra a um tipo particular de desvio em dados momentos. A invenção do viciado é então um mecanismo de controle (Foucault, 1993), que na nossa fundamentada tradição abstrata, do formal e do geral, do representado (Varela, 2003), pressupõe atitudes homogêneas num hipotético “*mundo das drogas*”⁸, por onde explicações genéricas, baseadas em *n* premissas (Velho, 2008), agitam a exclusão de pessoas que fazem uso de drogas.

Esse breve percurso, ao tornar visível o “problema das drogas” nos interstícios da produção mercantil do capitalismo, pretende revelar a criação de territórios propícios ao exercício do biopoder através de fronteiras subjetivas muito bem-definidas e vigiadas pela guarda combinada das autoridades médicas e policiais. Ao mesmo tempo que o consumo de drogas é regulamentado, normatizado, vigiado por mecanismos explícitos e coercitivos, é estimulado, incentivado por recursos manipulatórios implícitos e insidiosos, por um fetiche

⁷ O uso da maconha nos EUA foi notado em 1920, mas, enquanto aparentemente restrito aos imigrantes mexicanos, não se expressou muita preocupação com ele. A posterior tentativa de reprimir seu uso se insere no contexto do reformismo moral norte-americano (Becker, 2008: 141).

⁸ Um grupo de usuários de drogas é um conjunto heterogêneo de pessoas com visões de mundo diferentes (Bastos, 1993a: 37). Tomar um grupo de pessoas que faz uso de drogas como uma fração de mundo desinserida socialmente é acreditar que haja uma subcultura padrão, exclusivamente reunida em torno de meios ilícitos mutuamente destrutivos sob o guarda-chuva de “grupo de risco”, o que não sustentaria nenhuma organização comum, micro-social. O que há são “cenas de vida”, diferentes de estilos de vida que se relacionam e que apenas a urgência das epidemias foi capaz de soldar em “grupos de risco” (Bastos, 1993:190).

da forma-mercadoria, que se sobrepõe as demandas ativas e produz modos de vida escravos.

Assim, mais do que se apropriar da experiência do uso de drogas, criou-se o “problema das drogas” e por duas vias: a medicalização e criminalização da experiência, no caso, da experiência de consumo de algumas substâncias. Produziu-se uma incomunicabilidade da experiência, um modo de vida encapsulado, temperado e triste, aparentemente incapaz de ativar tecnologias de produção de si.

Haja visto que no segundo pós guerra a invenção de fármacos chamados de “antidepressivos” representou um contraponto à proibição dos fármacos psicodélicos (como o LSD e o *ecstasy*) sintetizados na mesma época, pois os primeiros agem por um longo tempo e com efeito discreto e os outros com efeito intenso e notável, não sendo usados apenas como remédio que busca corrigir algo, mas como um pura busca de intensidades. Essa medicalização da tristeza, que se hipertrofiou no pós guerra, vem de uma vasta empreitada industrial médico-farmacêutica, que se tornou um dos mais rentáveis mercados contemporâneos, o das drogas (Carneiro, 2008), que apenas perde para o do petróleo e o das armas (Mesquita, 1993).

1.1.1 - No Brasil

No caso brasileiro, com o crescimento urbano do início do século XX, as grandes concentrações urbanas passam a ser vistas pelos médicos e membros da elite como território propício ao desvio da regra, a doença, ao vício. E é em nome de uma preocupação com a saúde pública que a medicina se consolida como normatizadora da vida social, num investimento de controle que envolvia a higienização dos territórios (caso exemplar da sífilis). Provindo, assim, da medicina o contexto que fundamenta o problema social das drogas, a representação sobre as drogas, onde a pessoa que faz uso de drogas é, antes de tudo, doente (Velho, 1999). E uma vez que a consolidação desse saber foi intrínseca à regulação estatal das drogas, criava-se o *estado terapêutico* (Rosen, 1994).

De modo que, no Brasil, o consumo de drogas passa a ser uma questão social a partir do século XX⁹, quando a medicina já tinha ampla legitimidade social e a questão das drogas é então entendida como uma questão de saúde pública, sendo o consumo de drogas representado como um perigo à saúde pública. Nesse prisma exclusivo de enquadre, a experiência com a droga é enquadrada numa patologia, por onde prevenir e sanear são tão importantes como tratar (Foucault, 1993a e 1998).

Data de 1914, após a convenção de Haia (Convenção do ópio, 1911-12), a primeira menção específica sobre drogas no Brasil, aprovando medidas que tendessem a impedir abusos do ópio, da morfina e seus derivados, assim como da cocaína. Já em 1921, decretava-se que a venda de ópio e seus derivados e de cocaína passava a ser punida com

⁹ Mesmo o álcool que, dado seu disseminado consumo, sempre foi motivo de preocupação, não era substancialmente um problema. A permissividade da substância, como um mal em si, só foi associada a um problema social no final do século XIX (Fiore, 2005: 264-5).

prisão e a embriaguez que acarretasse atos nocivos a ordem pública passava a ser punida com internação compulsória. No mesmo ano criou-se a figura jurídica do toxicômano e para corrigi-lo o sanatório para toxicômanos, cuja internação poderia ser requerida por ele mesmo, pela família ou pelo juiz (Fiore, 2005).

Em novas legislações se ampliou o número de drogas proscritas, dentre elas a maconha (1932), passou-se a considerar o porte de qualquer uma delas crime passível de prisão e a toxiconomia, considerada uma doença de notificação compulsória com o mesmo status de doenças infecciosas, fora proibida de ser tratada em domicílio (1938). Essa última legislação, mas detalhadamente repressiva, foi elaborada pelo CNFE (Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes), que foi criado em 1936 para se encarregar da questão das drogas e cuja direção política era destacada à área da saúde.

Dos tratados internacionais que se seguiram ao de Haia, sob hegemonia norte-americana, culminou a Convenção Internacional Única sobre Entorpecentes (1961)¹⁰, que sintetizava décadas de convenções, desde a comissão de Changai (1909), e definiu uma lista de substancias divididas em graus de periculosidade, com existência, produção, venda e consumo proibidos, as quais se incluíram, em Adendos à Convenção Única, o LSD e a maconha. Adequando-se a esses novos tratados é aprovada a Lei de Tóxicos no Brasil (1976): a internação deixa de ser obrigatória, sendo substituída pelo tratamento, e as penalidades são divididas para quem porta, vende e consome, prevendo a detenção como pena.

¹⁰ A Convenção Única entrou em vigor em dezembro de 1964. Mas, não contente com a Convenção de 1961, a “comunidade” internacional se reuniu novamente em 1971 e em 1988 para redigir adicionais para lutar contra as drogas, sendo a Convenção de 1988 a mais proibicionista das três com o slogan “um mundo livre de drogas, nós podemos fazê-lo” (Perduca, 2005). Ainda em 1988, a Lei Federal Antidrogas norte-americana apontou como meta a “criação de uma América livre das drogas”, em declaração formal de “guerra às drogas” (Bastos, Fonseca, 2005).

Essa lei cria, aos mesmos moldes do CNFE, o Confen (Conselho Federal de Entorpecentes - 1980) e aqui há uma demarcação importante da política que vem se afirmando: é extinta a obrigatoriedade de que a direção da política fosse do diretor de saúde pública. É nessa conjuntura, em que a participação da saúde é cada vez menor nos órgãos governamentais voltados à questão das drogas, que se organiza Política antidrogas no Brasil, com um Sistema Nacional Antidrogas (1998) aos moldes da postura de tolerância zero norteadora da política norte-americana de segurança pública. Uma política de repressão às drogas que, seja sob a esfera da saúde pública, privilegia os aparatos policiais.

Mesmo as campanhas educacionais indicam essa afinidade das políticas brasileiras e estadunidenses. Vinte anos após a criação do *Drug Abuse Resistance Education*-DARE (1983) nos EUA, que levava policiais uniformizados para as salas de aulas de 5º e 6º séries para aulas sobre os efeitos das drogas ilícitas, em escolas brasileiras policiais militares passam a ministrar aula com o mesmo teor, de “não às drogas” (Rodrigues, 2003).

No decorrer dos anos muitos projetos visaram substituir a Lei de Tóxicos de 1976, mas não se viabilizaram, apenas em 2006 entrou em vigor no Brasil uma nova lei em matéria de drogas (Karam, 2008), que manteve a criminalização da posse para uso pessoal de drogas ilícitas, afastando apenas a previsão de pena privativa de liberdade e estabelecendo penas de advertência, prestação de serviços a comunidade, comparecimento a programa ou curso educativo. Políticas preventivistas, ora atreladas a atividades repressivas ora concebidas como atividades educativas, e sempre produzindo territórios pobres em experiências comunicativas. .

Resistir ao enquadre de uma zona de trocas (e de uma vida comunicante), no entanto, é no limite das composições de ordem operar traços *transversais*, ou seja, linhas de

produção que operam mudanças no que vinha se constituindo (Guattari, Rolnik, 2005). Resistir é, então, tornar possível. Tornar possível outras experiências, ou seja, a expressão de outra atenção às pessoas que fazem uso de drogas, de outra função pública e, logo, outro *estilo político* (Teixeira, 2004). Trata-se da sustentação de outro movimento, que é permanentemente micropolítico, trata-se de uma precisão radical, conjugada e inventiva, pois *como fazer* são criações singulares, movimentos locais de efetiva alteração.

Trata-se, assim, de contrastar os danos imobilizadores produzidos pela tônica do proibicionismo, pela *guerra às drogas (war on drugs - Richard Nixon, 1972)*, tornada uma parada de ordem preventiva e saneadora que apenas dá lugar a uma sistemática produção de violência e que, novamente, ao fundamentar o enquadre da vida limita a construção coletiva uma política pública de saúde adequada: o encontro de uma zona de trocas e a expressão de um traço de vida.

Tornar possível um novo sentido para a política pública de drogas é, então, romper com o abandono coletivo imposto pelos arquitetados isolamentos sociais e, através de diferentes expressões de *troca de cuidado*, reintegrar a vida no sentido de uma *restauração do tecido social comunicativo* (Pinheiro e Mattos, 2001, p. 33-34), do resgate de um cuidado possível.

O que se tentou fazer emergir nesses primeiros deslocamentos é a *recorrência*¹¹ do território de produção do “problema das drogas”, o que, colocado em transparência, é a

¹¹ Sempre operamos em uma espécie de imediatismo em relação a uma dada situação: o mundo em que vivemos está tão pronto e à mão que absolutamente não deliberamos sobre o que ele é e de que forma o habitamos [...] Apresentamos uma prontidão-para-ação adequada para cada situação específica vivida [...] sua recorrência é uma maneira pela qual corporificamos uma torrente de transições de micromundos recorrentes [...] a cognição consiste não de representações, mas de ação corporificada [...] o que chamamos “geral” e “abstrato” são grupos de prontidão-para-ação [...] Maneiras novas de se comportar e as transições ou pontuações entre elas correspondem a microcolapsos que sofremos constantemente [...] E os colapsos são as junções do presente que articulam micromundos, que constituem a origem do lado autônomo e criativo da

corporificação do “crack social”, uma vez que reencena o paradigma do *culturalmente outro contagioso* (Schiller, 1992) acionado ao longo da história de todas as “epidemias” ao descartar os contextos sociais.

Vejam, o que está aprisionado, aparentemente ou concretamente, é a experiência, as experimentações, as trocas expressivas. É o nosso traço. É o encontro de uma zona comunicante, de trocas, como a porta de entrada efetiva de serviços públicos de saúde, como impulso produtivo de saúde. A vida está justa na atual política, acentos, outros timbres, outros estilos são prontamente submetidos a mecanismos de controle, sem demora timbrados como perigosos, devendo ser excluídos, apartados da sociedade. Ora, quando nos espaços coletivos há todo o tipo de investimento em detrimento das diferenças de expressão e da solidariedade não podemos deixar de tensionar: *Que saúde pública e política de subjetividade é essa? Que produção de vida é essa?*

Proibir a solidariedade, a comunicação e as trocas. Pode existir uma função terapêutica nisto? A questão é: que mundos nós criamos com práticas que investem na proibição da solidariedade, da comunicação e das trocas?¹² (Petuco, 2010: 60)

cognição viva, o nascimento do concreto [...] as estruturas corporificadas constituem a essência da experiência e as estruturas experienciais “motivam” a compreensão conceitual (Varela, 2003: 76, 77, 78, 84, 86).

¹² Dênis Petuco, graduado em ciências sociais, mestrando em educação, consultor sobre redução de danos, redutor de danos de CAPSAD, coloca-nos essas questões no contexto em que relata sua passagem de uma madrugada e uma manhã por uma clínica especializada no tratamento de pessoas que fazem uso de drogas em Porto Alegre (1989): *organizava-se um bingo, que sorteia dois chocolates entre os internos (algo entre vinte e trinta pessoas). Enchi a primeira cartela e levei meu chocolate. Feliz, abri e ofereci para um rapaz que estava sentado ao meu lado. Vi uma expressão de terror em seu rosto: seus olhos oscilavam do chocolate para os estagiários, enquanto dizia apavorado: “Não pode, não pode! Não pode!”.* Seu corpo recuava, como se o chocolate pudesse lhe dar um choque. Era como se desejasse deixar muito claro que ele não tinha nada a ver com aquilo, e que o ato transgressor era de minha exclusiva responsabilidade. Entendi que oferecer chocolate e outras coisas era uma prática proibida, ainda que não tenha entendido naquele momento – e até hoje – as razões de tal proibição [...] *Que subjetividades nós criamos quando impedimos duas pessoas em tratamento de dividirem um chocolate?* (Petuco, 2010: 59-60).

Capítulo 2 - Redução de Danos e Saúde Coletiva

*Senhoras e senhores
trago boas novas
Eu vi a cara da morte
e ela estava viva...
Então vamos pra vida!*

-Cazuza, 1988-

2.1 - O QUE PODE A REDUÇÃO DE DANOS?

Na medida em que o movimento de Redução de Danos torna visível diferentes estilos de vida das pessoas que fazem uso de drogas, nos limites da Política antidrogas brasileira, do pressuposto de abstinência compulsória atrelado à segurança pública, concretiza-se outra percepção, agora atrelada a uma política pública de saúde. Uma política pública que ao convocar a atenção integral¹ convoca o trabalho cooperativo, escapando dos enfoques na droga que interdita territórios de vida e tanto comprometem as práticas de cuidado.

Ao tensionar o modelo de justiça terapêutica brasileiro² as ações de Redução de Danos dão passagem às demandas de saúde que diferem da abstinência, ofertando outros

¹ Política de Atenção Integral de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003).

² Nome nacionalizado para uma legislação norte-americana que criou cortes especiais para usuários de drogas, as *drugs courts*. No modelo de justiça terapêutica a pessoa surpreendida com drogas pode receber como pena um tratamento compulsório, em vez de um período de prisão. Representantes da Associação Nacional de Justiça Terapêutica, criada em 2000 com apoio do governo norte-americano, justificam a nomenclatura dizendo que a doença será tratada por uma justiça que não pretende mais punir e agora busca tratar (Fiore, 2005: 279). Mas a permanência de uma percepção medicalizadora apenas desloca a criminalização mais direta para outros modos de controle, como o proibicionismo levemente reformado de Portugal, que não mais

agenciamentos de vida, ou seja, criando a experimentação da vida mesmo ali onde o empreendimento é mortífero (Lancetti, 2008). A oferta da abstinência existe, como possibilidade trabalhada, mas o sentido é garantir que mesmo as pessoas que não querem ou não conseguem parar de usar drogas tenham acesso à saúde, que outros modos de cuidado sejam acessados com o usuário no seu território e não impostos distantes de sua realidade de vida. E é assim, acessando a restauração de redes de vida, de uma vida comunicante, que a Redução de Danos passa a ser considerada uma estratégia de produção de saúde:

como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade (Brasil, 2004, p. 11).

É, portanto, esse traço cooperativo da Redução de Danos que ressalta seu comprometimento com a atenção integral e, sobretudo, com uma efetiva mudança tecnoassistencial, pois

essa integração é mais do que a construção de um vínculo/responsabilização (o que também é, sem dúvida, muito valorizado), mas se trata de uma efetiva “mudança na relação de poder técnico-usuário” (Teixeira, 2003:90).

Ou seja, o princípio ético-político da integralidade, com o qual se compromete agora a política de drogas, só é efetivado no encontro de uma zona de trocas, nesse plano micropolítico em que a Saúde Coletiva, diante do limiar de acesso efetivo à saúde, é convocada a agir. Pois esse é o plano onde se interage permanentemente com as “coisas”, o

penaliza a posse para uso pessoal de drogas ilícitas, mas encaminha essas pessoas para tratamento compulsório. Ou seja, onde há a coexistência da Redução de Danos com posturas de “guerras às drogas” não se tem conseguido mais do que reformulações dentro do regime proibicionista (Rodrigues, 2003).

plano das relações, onde se passa o encontro trabalhador-usuário e se processa a dinâmica de trabalho, ou seja, onde o trabalho vive em ato³ e impulsiona a produção de saúde.

Assim, a efetiva produção de mudanças (integração e acesso efetivos) só se dá nessa reversão política, ou seja, em adequação às necessidades acessadas. Porém, muitas vezes, e de prontidão, a saúde só opera “normas”, que não se adéquam ao contexto dos territórios, quiçá às diferenças ativas presentes nos mesmos. E pela norma maior da saúde, recorrentemente manifestada na normatização da vida social, realizam-se algumas apartações. Prontamente riscos à saúde são tomados como perigos à saúde pública e alienados em um tratamento moral que aplica e implica isolamentos sociais. Geral e abstratamente⁴ são as diferenças de comportamento sexual⁵ e os acentos do uso de drogas que carregam esse status de doença infecciosa, de uma subcultura socialmente contagiosa, e são alvos de propagandas terroristas, tornando mais visíveis os mecanismos de controle do corpo que interditam políticas de saúde adequadas e reafirmam constantes de exclusão social.

Nesse sentido, quando, do “abandono” da cocaína injetável das *rodas-de-pico* do mercado, a chaga da vez é o crack, quando essa mistura de droga, territórios empobrecidos e pobreza material sai das *bocas-de-fumo*, como um grito, um traço de vida, e se embaralha nas nossas redes de trabalho e de vida, como age uma política pública de saúde? Atualiza o empreendimento de morte social, isolando essas pessoas em desocupações coletivas dos territórios, ou integra o cuidado e colabora para reduzir os danos produzidos nas redes de

³ “Trabalho vivo em ato” (Merhy, 1997).

⁴ Aparentemente e concretamente, corporificado, de prontidão-para-ação.

⁵ Um dos núcleos da atividade normatizadora da medicina sobre hábitos foi a campanha contra a masturbação desencadeada no final do século XVIII e intensificada no século XIX [...] A masturbação foi o comportamento central atacado como paradigma do vício, da tentação, da perda de controle [...] Uma das matrizes das noções de intervenção médica e estatal sobre o controle do corpo origina-se dessas campanhas contra a masturbação (Carneiro, 2005: 18).

vida dessas pessoas? Que estilo político se afirma agora? O modo como se opera nesse plano micropolítico é que irá produzir essa poética social, é que vai dar o tom das redes de trabalho, independente de como estão preestabelecidas, enfim, é o modo como estão se pintando os encontros com *o outro* que irá afirmar a saúde pública e a vida coletiva que está se produzindo.

Portanto, como operar uma política de drogas que convoca a atenção integral e *como* fazer Redução de Danos são questões permanentemente latentes, que comungam com as paradas do movimento de Saúde Coletiva. E se inicialmente convocamos a parada de um ritmo de vida é uma parada que comunica sua avidez pela vida, para mobilizar o encontro de uma zona comunicante com outras experiências no campo da saúde e, assim, impulsionar um mesmo e único e novo e amplo agenciamento às práticas de saúde: a restauração de redes de vida, que acolham as diferenças de dinâmica nos territórios ao invés de capturá-las em um dado de antemão.

Com esse intuito, e para colocar em transparência a política de Redução de Danos, é preciso apresentar os tensores e as microfendas que vem criando uma zona de trocas entre Redução de Danos e Saúde Coletiva. Em outras palavras, como as ações de Redução de Danos ultrapassaram limiares, ações conservadas, e reencontraram uma produção de cuidado possível junto às pessoas que fazem uso de drogas, ao mesmo tempo em que expressam uma ética do cuidado que vem sugerindo novos agenciamentos à clínica, ao cuidado em saúde.

No primeiro capítulo lançou-se um traço intermediário, precipitando a possível fuga de um quadro, o nosso problema agora é *como* sair do afundamento da atual política de drogas: como a preparação dessa outra tela será utilizada, se integrará, comungando com

outros traços, à expressão de um cuidado possível. Sim, porque esse trabalho preparatório de outro fundo para se pensar uma política pública de drogas (essa armação) só se integrará ao cuidado pela via de uma vida, pelo meio, pelos contextos, de acordo com os entrelaçamentos produzidos (com as cores liberadas).

Pois, ao subtrair-se intensamente de possibilidades dadas de cuidado é necessário operar uma zona de trocas que se torne um detalhamento conceitual (como uma adição de subtrações). Caso contrário nosso traço terá produzido apenas um borramento, ao invés de sair da tela permanecerá afundado, confuso, sem a expressão necessária/comunicante com outros traços.

Acredita-se, às vezes, que essas variações não expressam o trabalho comum de criação na língua, e permanecem marginais, reservadas aos poetas, às crianças e aos loucos (Deleuze, Guattari, 1995a: 44).

Como à sensação, a qualquer ponto de vista falta entrelaçamento (duração e clareza)⁶, assim, reduzir-se a um ponto de vista para se integrar com outros pontos de vista é ir ao encontro de uma zona de trocas que entrelace uma comunidade e conduza outras possibilidades de cuidado até o claro e o preciso.

E, se já viemos traçando linhas à armação, também buscamos cores ao entrelaçamento, para liberar que há de mais vivo: um traço de vida, o nosso traço.

⁶ De fato, o motivo é feito de duas coisas, sensação e esqueleto. É o seu entrelaçamento. Uma sensação ou um ponto de vista não são o suficiente para fazer um motivo: mesmo que colorante, a sensação é efêmera e confusa, a ela faltam duração e clareza (vem daí a crítica do impressionismo). Mas o esqueleto é ainda menos suficiente: ele é abstrato. Tornar ao mesmo tempo a geometria concreta ou sentida, e dar para a sensação duração e clareza. Assim sendo, algo sairá do motivo ou do diagrama. Ou ainda, esta operação que relaciona a geometria ao sensível, e a sensação à duração e à clareza, já é esta a saída, a escapada (Deleuze, 2007).

2.1.1 - Pintou limpeza

Na década de 80 a epidemia de Aids entreteceu preconceitos, velados ou explícitos, assim como esforços de solidariedade: paisagens mais solares em meio às sombras produzidas entre discursos e atos. Uma das redes de relações que saltou desse tecido coletivo foi a de pessoas que faziam uso de drogas injetáveis, a qual, empobrecida pelo excesso de medida do sistema-droga (Bastos, 1993a), aparece sob categoria de “grupo de risco”, como uma matriz social “fechada”. Assim, com nuances pouco conhecidas, essa rede de relações foi somada a marcha da epidemia de Aids num compartilhar da desesperança e de representações empreendedoras de mortes sociais.

Descartava-se a possibilidade de entre pessoas que faziam de drogas injetáveis existir uma dinâmica de relações, um gradiente de comunicação não destrutivo. E ao se descartar os contextos sociais, por descaso e ativo preconceito, limitavam-se possibilidades de cuidado a essas pessoas. Contudo, o cenário internacional, cartografando as relações sociais, respaldava outras ações e, mais que isso, as próprias comunidades inicialmente afetadas pela epidemia passavam a sugerir outras ações, confrontando políticas públicas e pensando o uso de drogas para além do imediatismo que tentava encobrir essa realidade, seja por rejeição ou proscrição jurídica.

De modo que se a Aids trouxe o difícil convívio com uma população marginalizada, indesejado à clínica, no limite trouxe também ações alternativas. Surge, em meados da década de 80, uma cena de vida: a Redução de Danos⁷. Tão repulsa quanto mais apontava a falha de um sistema repressivo e de uma abordagem preventivo-curativa, expressando que

⁷ *Harm reduction*- estratégia de redução dos efeitos nocivos das drogas – que até 1994 era política oficial em países como Austrália, Holanda e Inglaterra (Andrade, 1994).

o usuário pode demandar apenas meios de persistir nas suas práticas, no seu agenciamento coletivo, o que confrontava diretamente uma clínica irreduzível ao desejo, ao agenciamento coletivo do outro.

Um novo paradigma, então, emergia na clínica de drogas, lançando-se ao convívio com as políticas e as terapêuticas dispostas. Não apenas esperar que os usuários demandem tratamento, mas, concomitantemente, encontrar uma zona de trocas e, quando desejáveis, alternativas de tratamento: um paradigma que atravessou desconfianças. Para além da disposição de seringas estéreis descartáveis, de uma providência material, pensava-se as relações sociais que faziam com que os usuários de drogas injetáveis limpassem ou compartilhassem seringas afim de apoiar um aumento da capacidade de produção de si, de cuidado consigo mesmo e com outro.

Uma clínica desafiadora e por isso mesmo possível. Para além do emolduramento da relação terapêutica, que não via nada além da própria moldura, revelava-se uma ação bastante concreta da vida (Bastos, 1993a). Apontavam-se meios de troca entre usuários de drogas injetáveis que, cabe salientar, já existiam mesmo antes de qualquer programa específico. Uma rede de cooperação, de associações comuns, até então restritas às *junkieboden* da Holanda (associações/sindicatos de usuários de drogas), que existiam desde antes da epidemia de Aids cooperando no controle da disseminação da hepatite B⁸. E vem da Holanda, na década de 80⁹, um programa pioneiro de assistência integral aos usuários de drogas, iniciam-se os programas de troca de seringas num país em que o desdobramento da

⁸ Movimentos de Redução de Danos já existiam, mesmo que de forma mais restrita, em alguns países da Europa, como Inglaterra (desde 1920-30) e Holanda (desde meados de 1970) (Telles, 1994).

⁹ Em 1984 na cidade holandesa de Roterdã, mas se seguiram programas similares na Austrália, Inglaterra, Alemanha, Suíça, Canadá e, no princípio dos anos 90, no Brasil com a implementação do Programa de Troca de Seringas em Santos (Rodrigues, 2003).

política de drogas foi bastante peculiar frente à implementação de políticas nos demais países, fugindo do penal.

Com essas frentes se desorganizava um suposto imobilismo apriorístico dos usuários de drogas, permitindo ver que riscos presumíveis passam pela natureza de uma socialidade humana e que os imobilismos eram então fixados por um reducionismo que escravizava uma diversidade de relações sociais.

Uma nova clínica de drogas surge então na era da Aids, operando medidas que não fossem excesso ao valorizar traços intermediários do cuidado, os contextos de consumo. Esses traços intermediários comunicavam redes de vida das pessoas que faziam uso de drogas, quando então deixam de compartilhar seringas ou passam a limpá-las adequadamente. Usos, trocas, que uma vez expressas passam a sugerir/operar mudanças às práticas clínicas. Pois, exposta a limitação que os serviços isolados apresentavam, houve um esforço integrado de convívio que deu passagem a implementação de outros meios, como frascos de água sanitária para desinfecção de equipamentos de injeção ou seringas e agulhas novas. Contudo, a disposição desses meios através de programas de troca de seringas enfrentava críticas quando não restrições judiciais, que os tomavam como incitantes indiretos do uso de drogas.

Porém, atividades junto às comunidades de usuários de drogas injetáveis, com ou sem trocar de seringas/meios materiais, desenvolveram-se antes de modo complementar do que excludentes¹⁰. Ações eram tecidas junto às redes de vida dessas pessoas, descartando a possibilidade de existência de um grupo impermeável a uma relação com a vida. A

¹⁰ Na Austrália e na Holanda a política de drogas integrava alternativas: trabalho de prevenção interligado às clínicas, atuação dos agentes comunitários nos espaços de convívio dos usuários, distribuição de preservativos e frascos contendo substâncias desinfetantes, unidades móveis de assistência integral aos usuários, programas de troca de seringas... (Bastos, 1993a: 112)

contaminação, então, implicaria sempre relações sociais, conjugalidades, sejam elas de compartilhamento de seringa ou não, e ativação dessas comunidades se tornava uma zona de trocas que confrontava ações exclusivas desse meio. A associação dos usuários tornava-se um entrelaçamento de força produtiva, que enfrentava uma suposta imobilidade, uma representação sobre o uso de drogas, uma macropolítica que se opunha a essas iniciativas ao tomá-las como essencialmente destrutivas.

E foi assim, mobilizando a produção comum de uma vida à produção cooperativa do cuidado, que se confrontou qualquer intervenção que se quisesse exclusiva. Iniciativas dinâmicas de cuidado integral. E se, num campo social atravessado por tanto investimento de controle, as trocas sempre foram embates acirrados, independente de restrições maiores, que refutavam inclusive pensamentos epidemiológicos básicos, na medida em que os programas se tornavam móveis e dinâmicos, encontrando zonas de troca, o acesso à saúde era produzido. Sendo que subjaz à criação de programas de troca de seringas a constatação de que o meio material é uma das variantes importantes à prevenção do HIV, à medida que cria possibilidade de entrar em relação com usuários e ativar agenciamentos de vida. E, além disso, trocar seringas ao invés de simplesmente distribuí-las partia da noção de que as seringas eventualmente contaminadas não podiam ser deixadas nas comunidades passíveis de serem reutilizadas ou causar acidentes.

Com isso, aponta-se o caráter público de uma política que deixa de ser uma divergência, um versar contra, e, comunicando diferentes versões de vida, torna-se uma convergência, um detalhamento conceitual: um permanente *versar com* a vida, quando

então a vida grita *para*¹¹ a morte sua avidez de viver, pois é do ponto de vista da vida que a morte é julgada e não o inverso (Deleuze, 2007).

Arrematando, cabe ainda um giro, afim de colocar em transparência alguns lances que comungaram à cooperatividade dos territórios como base intermediária do cuidado em saúde. Conforme Lancetti e Amarante (2006) descrevem em *Saúde Mental e Saúde Coletiva*, a fuga de práticas de isolamento disciplinar, tratamento moral imposto às experiências de vida que expressavam probabilidade de perigo à sociedade, insere-se num contexto de reformas psiquiátricas. Quando, logo após a Segunda Grande Guerra, os europeus que conheceram o horror dos campos de concentração perceberam que entre eles e os hospícios quase não havia diferença.

Esses autores retomam a primeira proposta de transformar o hospital psiquiátrico em um lugar terapêutico, que se deu no Reino Unido e se chamou Comunidade Terapêutica, uma proposta que consistia em envolver todas as pessoas do ambiente hospitalar em um projeto terapêutico comum. Outra revolução se deu no sul da França, através do modelo de cooperativas, quando o hospital psiquiátrico passa a ser atravessado pela vida social na linha da psicoterapia institucional. Propostas, porém, que se atinham a transformar o hospital em uma instituição de cura afastando as pessoas dos seus territórios. Predominava o modelo preventivista norte-americano de centros de saúde comunitários aprisionados ao modelo hospitalocêntrico, o que foi traduzido para boa parte da América Latina e do mundo. Propostas preventivistas, que embora pudessem abrir a perspectiva do trabalho comunitário, mantinham aprisionadas zonas de trocas, uma vida comunicante.

¹¹ Não gritar *diante*, nem gritar *de*, mas gritar *para* a morte, acoplando a força sensível do grito e a força insensível daquilo que faz gritar, ou seja, tornando visíveis as forças do invisível que fazem gritar – *este é um ponto de vitalidade extraordinária* (Deleuze, 2007).

Mas a experiência mais radical, que rompia com o paradigma psiquiátrico, deu-se na Itália a partir de 1971 (Lancetti, Amarante, 2006). Foram iniciativas de desinstitucionalização do “problema da loucura” que se deram por meio de cooperativas de trabalho, manicômios eram substituídos por diversos recursos de cuidado acessados com as pessoas nas cidades, o trabalho “terapêutico” era ampliado para atuação nos territórios, surgindo a noção de trabalho de base territorial, no cotidiano das cidades, juntos as redes de vida dessas pessoas. Uma experiência que utilizou a estratégia de centro de saúde mental extraída das experiências de saúde mental comunitária, mas não aprisionada ao modelo psiquiátrico manicomial, e sim como serviços efetivamente substitutivos, com equipes capazes de atuar também nos territórios, nos seus lugares e espaços de troca, acionando o trabalho cooperativo que envolve e produz redes de cooperação.

No Brasil, com a promulgação da Constituição de 1988 e a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), hospitais e fundamentos das práticas psiquiátricas começaram a ser criticados, ainda que por críticas presas ao preventivismo americano. Mas em Santos (SP), 1989-1994, começava-se a pensar na Saúde Mental pela desconstrução do hospital psiquiátrico. Tomava-se a sociedade como campo de intervenções não excludentes do convívio social e, com intensa participação social, lançavam-se outras experiências de intervenção nas práticas sociais.

Assim, de um investimento de integração trabalhador-usuário, de cooperativas de trabalho estendidas ao campo social, da necessidade de criar modelos substitutivos aos manicômios que incluíssem o problema da loucura como o dos usuários de drogas, envolvia-se a Saúde Mental, outros programas municipais e novos dispositivos territoriais em núcleos de apoio, articulados, apreendendo o cuidado com os territórios. Criavam-se,

assim, os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) e os NATS (Núcleos de Atenção aos Toxicodependentes), que posteriormente virariam Centros, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial).

As políticas de Saúde Mental para usuários de drogas eram pontuais, realizadas em Centros de Referência Nacional Álcool e Drogas, só posteriormente pelo Programa Nacional de DST/Aids e por meio das ações de Redução de Danos, ampliando-se na medida em que a prática de desinstitucionalização e da Redução de Danos tornavam-se uma diretriz nacional da Política de Saúde Mental brasileira (Souza, 2007: 52).

2.1.1.1 – Em Santos e nos campos da vida

A articulação das ações de Redução de Danos nos territórios e de uma Política de Álcool e Drogas no Brasil teve o pioneirismo da cidade de Santos, entre 1989 e 1994. No ano de 1989, o médico sanitário Fábio Mesquita (coordenador do Programa de DST/Aids), junto com David Capistrano Filho (secretário de saúde de Santos e um dos principais militantes da Reforma Sanitária Brasileira), foi responsável por essas primeiras ações de Redução de Danos no Brasil (Souza, 2007).

Lançava-se, em dezembro de 1989, uma estratégia de controle a epidemia de Aids entre usuários de drogas injetáveis, o Programa de Troca de Seringas (PTS). Mas, naquele momento, essa proposta se chocava com a Lei de Tóxicos de 1976, que considerava crime qualquer forma de auxílio/incentivo àqueles que utilizam substâncias entorpecentes, e foi enquadrada pelo Ministério Público de Santos como crime, suspendendo o PTS. De modo que a ação concreta de troca de seringas era inviabilizada e iniciava-se um amplo debate

nacional, ensaiado primeiramente em Santos por uma Organização Não Governamental chamada IEPAS (Instituto de Estudos e Pesquisas de Aids). Essa ONG, fundada em 1991, foi pioneira nas ações de Redução de Danos, até então conhecidas como troca de seringas, mas só encontrou possibilidade de trocas seringas como um dispositivo legal a partir de 1994 (Mesquita, 1994; Souza, 2007).

Contudo, nos **campos da vida**¹², outras trocas eram mobilizadas à produção de redes de cooperação. Ainda em 1991 a Prefeitura da Santos lançou a campanha “*Pintou Limpeza*”¹³ (Mesquita, 1994:173), uma alternativa que obteve respaldo e consistia na disposição de hipoclorito de sódio para trabalhar como limpar/desinfetar seringas e agulhas (Bastos, 1993). Almejando que, havendo o compartilhamento, o equipamento de injeção fosse adequadamente desinfetado, buscando junto aos usuários vias de administração mais seguras da droga, dentre outras alternativas de trocas que compunham os *traços intermediários* da Redução de Danos.

O surgimento da Aids, então, não só aos poucos inaugurava uma aceitação política de ações de Redução de Danos já formuladas no cenário internacional, como um movimento que não se coloca *nem contra nem a favor* do uso de drogas, mas pensa o *contexto dos usos*, a pessoa que faz uso de drogas tomada numa rede de vida, o que traz à

¹² **Campos de luta ativa, de luta com a sombra, da violência da sensação ao invés daquela do espetáculo, do grito ao invés do horror, campos do miserabilismo representativo, de um traço de vida de mais a mais forte, enfim, campos de elevação de vidas indomáveis, indomáveis por sua insistência, por sua presença, no momento mesmo em que “representam” a ralé (Deleuze, 2007).** Quando o Pintor Francis Bacon distingue duas violências, a do espetáculo e a da sensação, diz que é necessário renunciar a uma para atender a outra. Pois pintar o horror não é suficiente para sair de representações, é preciso ir de mais a mais em direção de um traço de vida sem horror. Assim, o visível é secundário na pintura, uma vez que terá cada vez menos importância.

¹³ A campanha se baseava na experiência exitosa que as organizações que trabalhavam com Aids em São Francisco/Califórnia obtiveram com a limpeza de seringas e agulhas com hipoclorito de sódio (Bastos, 1993:173).

tona que apenas um pequeno número de pessoas faz uso drogas de maneira danosa a si, as suas redes de vida, à sociedade (Telles, 1994).

A construção dessa zona de trocas, (entradas e saídas) nos campos da vida, revelava que a maioria das pessoas que usavam drogas injetáveis lavava as seringas antes de reutilizá-las, pois as seringas eram bloqueadas pelas impurezas misturadas à cocaína e as agulhas entupiam caso o sangue coagulasse depois do uso. Contudo, a maneira de lavar não era eficaz quanto à desinfecção, uma vez que a maioria das pessoas limpava apenas com água quente ou fria. De toda maneira, havia uma cena de vida que facilitava o hábito de limpeza com o hipoclorito de sódio, na medida em que lavar já era parte dos rituais de uso, restava ao trabalho de campo¹⁴ encontrar a prática mais adequada de introduzir uma limpeza eficaz. Sendo que *para a limpeza ser eficaz* era necessário uma concentração de hipoclorito de sódio de no mínimo 5, 25% e a aplicação deveria ser “dois/dois/dois” (*de mais a mais, uma adição de subtrações*): lavar a seringa duas vezes em água, uma com hipoclorito de sódio, chacoalhar por trinta segundos, jogar fora, mais uma lavagem com hipoclorito de sódio, jogar fora e lavar novamente duas vezes com água (Bueno, 1994:211).

Com isso, além de impulsionar a construção de políticas de saúde que levassem em conta a necessidade de evitar casos de Aids e outras doenças infecto-contagiosas entre pessoas que faziam uso de drogas injetáveis (heroína ou cocaína), emergia uma grande ênfase no *trabalho de campo*, na cooperatividade dos territórios, que intermediava o

¹⁴ O limite maior da campanha “Pintou Limpeza” foi, na época (1991-1992), não ter tido desdobramento posterior com trabalho de agentes de saúde capacitados para de introduzir essa prática. Sendo que no Rio Grande do Sul uma iniciativa semelhante foi até mesmo confrontada pela Assembléia Legislativa, que fez frontal e conservadora campanha contrária aos materiais que preconizavam o uso seguro de drogas. No Rio de Janeiro, o Grupo pela Vida foi a primeira experiência brasileira de auto-organização de usuários de drogas injetáveis, mas que não vingou. E a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids) foi uma ONG pioneira na iniciativa de filmar a limpeza de seringas, em 1992, demonstrando como limpar e a importância dessa providência para prevenir a infecção pelo HIV. Assim, uma e outra iniciativa era tomada (Bastos, 1993:173).

cuidado em saúde mobilizando a participação social, o entrelaçamento de minorias marginalizadas. Esse trabalho de campo, desenvolvido pelo IEPAS ainda antes de 1994, era construído por agentes selecionados (os primeiros agentes redutores de danos), alguns ex-usuários, outros em uso e outros que nunca haviam usado drogas ilícitas, mas tinham acesso a esses territórios existenciais e saíam às ruas com sacolas contendo hipoclorito de sódio a 5,25%, material educativo e camisinha (Mesquita, 1994).

De modo que, *lance a lance*¹⁵, do trabalho que se reduziu a um traço intermediário para encontrar uma zona comunicante com outros traços, dobrava-se a divulgação da proposta de Redução de Danos em ações concretas: expressando um traço, traços de vida.

Assim, do escuro e refutado ao claro e preciso, do insensível ao sensível, do espetáculo à sensação, do visível ao invisível, do horror ao grito, por linhas de armação e por entrelaçamento de cores liberadas houve a liberação de pinceladas aprisionadas: em agosto de 1994 o CONFEN (Conselho Federal de Entorpecentes) do Ministério da Justiça deu seu apoio formal às propostas do governo brasileiro para o controle da epidemia entre pessoas que faziam uso de drogas injetáveis (Mesquita, 1994). Expressava-se um campo de vida: duração e clareza a um novo conjunto de práticas junto às pessoas que fazem uso de drogas.

Por fim, da modulação à integração, de desagregações universais aos agregados ativos, de mecanismos higienistas à limpeza de uma tela coberta de clichês, enfim, do

¹⁵ Como fazer com que o que pinto não seja um clichê? É necessário fazer “marcas livres”, lançar traços intermediários num já pintado para dar uma chance ao imprevisto e destruir uma figuração. Tais traços são “ao acaso” e valem apenas para serem utilizados, reutilizados, comungando com outros traços para fugir de dados de antemão, de clichês. Um apelo à arte como jogo: o traço é manipulado para fugir do pré-concebido. E tudo muda segundo o tipo de jogo escolhido, para o pintor Francis Bacon trata-se do tipo “*lance a lance*”: o traço lançado é antes a-pictural (pois existe um conjunto de dados probabilísticos pré-pictóricos), ele se tornará pictural, ele se integrará ao ato de pintar comungando com outros traços, assim, só há traços livres se utilizados, se manipulados (Deleuze, 2007).

encontro de uma zona de trocas *ao entrelaçamento de uma comunidade como produção de saúde*: emerge a possibilidade de outro fundo para se pensar uma política pública de drogas.

2.1.2 – Do lance da seringa

Tornou-se possível uma cena de vida, que se integrou ao cuidado nos diferentes territórios articulados por Programas de Redução de Danos (PRDs), agora, *como* essa possibilidade de cuidado operada, e uma nova política pública de drogas, integrar-se-á às redes de vida e trabalho em saúde?

A partir de 1994, então, a gestão das políticas de Aids construiu uma zona de trocas com as ONGs já existentes e a troca de seringas como um dispositivo legal foi viabilizada, tendo o 1º de dezembro de 1995 (Dia Mundial da Luta contra Aids) como o “tiro de largada”, “a seringa de largada” (Souza, 2007) ou “*o lance da seringa*”. Pincelada que previa a disposição de Kits de Redução de Danos, conforme os elaborados pela Redução de Danos em Salvador (BA) nesse mesmo ano: com duas seringas, agulhas descartáveis, vasilhame com água destilada, desinfetante de pele, hipoclorito de sódio a 5, 25%, copinho e misturador (Souza, 2007:70).

Nesse contexto, o IEPAS passou a receber financiamento do Programa Nacional de DST/Aids (1997) e as redes acionadas pela Redução de Danos (os PRDs) envolviam-se na produção de outras redes de cooperação, de políticas de Redução de Danos em âmbito nacional. Limiares ultrapassados e outro plano de sustentação: a Redução de Danos deixa

de ser apenas uma estratégia de prevenção à Aids e, com um novo paradigma da clínica de drogas, desafia o cotidiano das redes de vida e trabalho em saúde.

A linha que intermediou esse novo plano de articulação da Redução de Danos foi traçada em 2001 na III Conferência Nacional de Saúde Mental, quando a Redução de Danos pinta como umas das diretrizes a serem consolidadas pelas políticas de Saúde Mental, abrindo a diretriz de transversalização à integração das ações de Saúde Mental e DST/Aids, articulação de políticas que Santos já havia experimentado com os giros da Redução de Danos (Souza, 2007:52).

Portanto, há um novo quadro a ser trabalhado: os Programas de Redução de Danos (PRDs) migraram do campo exclusivo da DST/Aids, passando a ser de responsabilidade da assistência em Saúde Mental. Articulou-se a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2003), posteriormente desdobrada na efetiva regularização das ações de Redução de Danos: opondo-se a propostas que se pautassem exclusivamente no paradigma proibicionista e da abstinência (Portaria 1.028 de julho de 2005) e destinando inventivo financeiro para o fomento das ações de Redução de Danos nos CAPSad¹⁶ (Portaria 1.059 de julho de 2005)¹⁷, realizadas também por Programas Municipais de DST/Aids através dos PRDs, por ONGs de redutores de danos, Centros de Referência Nacional de Álcool e Drogas.

¹⁶ Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

¹⁷ Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; Considerando a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental; Considerando que as estratégias de redução de danos fazem parte da Política Nacional Antidrogas (2003); Considerando a necessidade de acelerar a estruturação e a consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à Saúde Mental em todas as unidades da federação e considerando a necessidade de articulação no território das ações de redução de danos à saúde dirigidas a usuários de álcool e outras drogas com a rede de atenção em saúde mental (Portaria nº 1.059 de 4 de julho de 2005).

Da ampliação de Projetos de Redução de Danos (Saúde Mental e DST/Aids), incorporados no cotidiano dos CAPS, a partir do I Seminário Integrado de Redução de Danos (2007) as ações de Redução de Danos foram intensificadas (2008): foi ampliado o financiamento nos termos da Portaria 1.059/2005 para essas ações nos CAPSad e criado o dispositivo das Escolas de Redução de Danos (ERDs), com objetivo de desenvolver ações articuladas à rede de Saúde Mental, atenção básica e rede intersetorial. As ERDs foram criadas em novembro de 2009 pela coordenação de Saúde Mental Álcool e outras Drogas para qualificar a rede de serviços através de capacitação teórico-prática de profissionais e das comunidades por meio de ações intra e extramuros que superem a abordagem única da abstinência (Brasil, 2011).

Sendo que em junho de 2009 o Ministério da Saúde lançava o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) com objetivo de expandir estratégias para atender usuários de drogas e o consumo de crack no Brasil (Portaria 1.190 de junho de 2009). Assim, com desafio de *ampliar a cobertura* de serviços públicos de atenção integral álcool e outras drogas, além da expansão dos CAPSad e de Leitos para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas em Hospital Geral, novos dispositivos foram criados durante o período 2007-2010¹⁸.

Os CAPSIII-24 horas (além da atenção psicossocial diária de rotina dos CAPSad), as Casas de Acolhimento Transitório (voltadas para usuários de álcool e outras drogas inseridos na rede de atenção álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade) e os Consultórios de Rua, uma experiência que surgiu em Salvador no início de 1999 e foi implantada no primeiro CAPSad de Salvador (2004), atuando até 2006 em resposta ao

¹⁸ Sendo que em maio de 2010 o Governo Federal institui o Plano Crack (Decreto 7179), incorporando-se às iniciativas que estavam sendo executadas pelo PEAD (Brasil, 2011).

problema das crianças em situação de rua que faziam uso de drogas. Assim, os Consultórios de Rua foram propostos pelo PEAD em 2009 oferecendo ações no espaço da rua como dispositivos componentes da rede de atenção substitutiva em Saúde Mental e com prioridade às crianças e adolescentes em situação de rua usuárias de álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

Contudo, desse outro plano de articulação da Redução de Danos em nome de uma *ampliação da cobertura* vem emergindo fronteiras entre o tratável e o aceitável quase nunca transpostas *em adequação* aos diferentes *estilos de vida*. Conforme Rodrigues (2003) argumenta: *o Estado julga, por vezes mata legalmente, mas também permite que se viva*. E se por meio do proibicionismo o acesso que o Estado tem é pela via repressiva, nessa nova cena onde giram as ações Redução de Danos o estado também tem acesso pela via assistencial. Em termos de controle, muda-se o acesso, mas ele permanece (Rodrigues, 2003). Entre o grito das ações de Redução diante de uma “guerra às drogas” e a capacidade assistencialista do Estado, há sombras estabelecidas, um controle implícito em nome de uma melhoria de vida, da promoção da saúde: o controle de chagas sociais por intervenções saneadoras.

Por isso operar uma zona de trocas não imposta e conservada, mas de *mais a mais* reencontrada em cada contexto, fugindo de enquadres. Por isso o cuidado necessita de uma armadura, mas enquanto malícia, armação, artimanha, linha de fuga, enquanto traço intermediário: trabalho preparatório ao entrelaçamento de uma vida que grita, insiste em presença (persiste no seu agenciamento coletivo). E esse entrelaçamento permanentemente realizado, que de mais a mais se integra ao cuidado, é uma ética do cuidado apta a conduzir uma vida até o claro e preciso e, assim, liberar a expressão de outras possibilidades de

cuidado junto às pessoas que fazem uso de drogas, ou seja, uma política pública de saúde adequada.

2.1.2.1 – Zona de trocas

Um território de vida se define pelas suas relações subjetivas e a subjetividade é criadora de territórios de vida, de modo que o tempo todo *a cidade nos interpela*, a subjetividade é coletiva:

uma multiplicidade que se desenvolve para além do indivíduo, junto aos socius, assim como aquém da pessoa, junto a intensidades pré-verbais, derivando de uma lógica dos afetos (Guattari, 1992, p.20).

Portanto, mesmo espaços coletivos que são lugares de práticas planejadas, projetadas, programadas, como serviços de saúde territorializados a favor de um sistema de referências, são sobretudo lugares de encontro, de trocas, abertos a movimentos imprevistos. São lugares praticados, ou seja, o que os define, os articula, são redes de relações. Há uma reversão política: são os lugares de encontro que dão a dinâmica dos espaços, constituindo territórios de vida. Assim, é a ampliação de zonas de trocas, de graus de comunicação, de construções conjuntas que confere resistência a esses espaços e seus usos¹⁹. Sendo que sempre haverá desvios de uso e o desvio é sempre coletivo, ou ainda, o que há é uma cadeia de usos e não há uso sem torção semântica inventiva (Lévy, 1993).

Aproximando-nos da problemática das drogas, são acessadas muitas apartações, estrangulações nas redes de vida das pessoas que fazem uso de drogas, de modo que restaurá-las se trata sempre de um processo amplamente colaborativo. Mas é somente

¹⁹ Espaço, lugar e território (Guattari, 1985; Santos, 1994; Certeau, 1994)

através dessa aproximação que se encontra uma zona de trocas e se pode compreender adequadamente o problema para, assim, ativar os recursos necessários e traçar outros percursos. Caso contrário, tendemos a repetir os danos imobilizadores do proibicionismo, com ações fundamentadas nessa versão, enquadradas nesse fundo de representação²⁰, pré-desenhadas no enquadre de clichês.

No entanto, é no plano de reversão política que as ações de Redução de Danos se inscrevem, reinvestindo, revalorizando o espaço de encontro trabalhador-usuário no sentido de reintegrar essa apartação com o outro. Sendo que é o grande contraste que essas práticas produzem está na valoração da vida das pessoas que fazem uso de drogas ao invés do reconhecimento de suas fraquezas. Assim, a aproximação com o território de vida das pessoas permite que ações sejam operadas no conjunto de relações que o constituem, de modo que reduzir danos consiste, então, em ampliar conexões nesses territórios, ampliando as associações comuns que tornam possível ativar processos de comunicação coletiva e restaurar suas redes de vida.

Essa ação no território, onde o uso de droga está construído, seja através de troca de seringas, seja através de muitas outras trocas necessárias, é que veicula a integração, o vínculo, a adesão das pessoas. Embora muitas vezes não seja explícito, nesses movimentos há uma intervenção coletiva na vida das pessoas e das comunidades, que acionam nos profissionais a possibilidade encaminhamentos diversos, não apenas com relação à droga. E aqui já começa a se operar a mudança de relação das pessoas com a droga, ofertando outros agenciamentos de vida, justamente porque esses encontros já são uma possibilidade de relação com outros mundos, além da droga.

²⁰ De prontidão-para-ação.

O que deve ser frisado é que essa construção de um vínculo de confiança, dessa aliança, é primordial e intermediada por outro tipo de relação/entrada, ao encontro de uma zona de trocas e não priorizando a abstinência, nem fazendo guerra contra as drogas, ou seja, não entrando nessas comunidades para fazer campanhas de prevenção e combate. Nesses casos, só se reproduz desconfiança, por isso que muitas vezes os centros de saúde geograficamente perto dessas pessoas não servem, não são adequados para elas, principalmente pelos pré-conceitos dessa “atenção”.

Enfim, é somente através dessas aproximações com o território que se pode intervir, encontrar uma zona de trocas, pois fazer trocas com pessoas que fazem uso de drogas passa por em algum momento, de confiança, de afirmação dessa zona de trocas, elas dizerem que usam drogas, o que não é qualquer coisa diante da medicalização e criminalização a que essas experiências estão expostas.

Quando um campo de confiança se constituiu entre os sujeitos, já podemos nos mostrar para o outro com todos os traços de singularização que marcam nosso corpo e nossa alma, sem medo de sermos rotulados como loucos, fracos ou perdedores. Nota-se que há um deslizamento sutil do afeto de *confiança* para o afeto de *acolhimento*... (Teixeira, 2004).

Sim, porque quando há a possibilidade de um estilo de vida saltar de um dado de antemão, de uma representação identitária, uma zona de trocas tem que ser suficiente ao ponto de expressar uma comunidade investida nesse deslocamento, apta a acolher outros lances.

E tamanha é a ausência dessa zona de trocas e a reprodução de desconfianças nesse campo que quando se entra nos *campos da vida* agencia-se uma rede de apoio nos territórios, que reconhece a importância e funcionamento dessas ações. Ou seja, trocas

possibilitam trocas, redes produzem redes, laços de solidariedade abrem portas, até então inacessíveis. Ressalta-se, tradicionalmente as estratégias que se fazem apenas levam as pessoas a reconhecerem suas fragilidades e não ofertam linhas de fuga no território, não comungam com outros traços de vida. As ações de Redução de Danos abrem mão das possibilidades eminentes de fracasso numa valoração das possibilidades de vitória (Lancetti, 2008): o problema é nosso²¹!

Novos agenciamentos de *saúde* então são produzidos por essas trocas, tornando possível a prática integral do cuidado, rompendo apartações sociais e restaurando redes de vida em movimentos pela *vida*. A produção desses territórios de vida, dessas associações comuns, recria laços de solidariedade que aumentam a possibilidade de que recursos sejam ativados conjuntamente, de que a operação consistente de redes de trabalho seja expressa na adequação do cuidado, garantido acessos efetivos à saúde e movimentando a Saúde Coletiva.

Sim, porque o encontro do espaço de plena realização das potências individuais (a “zona de singularização”) passa pelo encontro do espaço de realização das potências “comunitárias” (a “zona de comunidade”)...
Nossas *redes*, em seu *trabalho afetivo*, têm promovido esses encontros?
(Teixeira, 2004).

A Redução de Danos, então, opera traços intermediários para encontrar uma zona comunicante com outros traços, uma zona de trocas, e é o entrelaçamento de uma comunidade que impulsiona a produção de cuidado. Reduzir danos, então, é uma subtração

²¹ Quando os alcoólicos anônimos usam aquela famosa frase deles “Se você quer beber, o problema é seu, se você quer parar de beber, o problema é nosso”, vejo essa frase dizer o seguinte: se você quer parar de beber, o problema é nosso, agora, se você quer beber, tchau, você não tem espaço aqui (Lancetti, 2008: 70 – Em conversa sobre Redução de Danos realizada em 1998 com Domiciano Siqueira, consultor na área de Direitos Humanos e Processos de exclusão social).

que só ocorre por ampliação de comunicação coletiva, *de mais a mais*: uma prática que se pinta nos encontros...

Capítulo 3 - *Videz-vous de tous vos clichés*

*Em nome de uma vida muito intensa,
por uma vida mais intensa.*

Francis Bacon: *Logique de la Sensation*.
- Gilles Deleuze, 1981 -

3.1 - Uma artimanha do cuidado

Uma reengenharia dos modos de produção de conhecimento recoloca em jogo a nossa própria humanidade, conferindo resistência a modelos de “produtividade” que aprisionam *campos de vida*. Mais sensível aos problemas a serem resolvidos, para além dos discursos de risco que interditam a produção do cuidado, abandona-se de procedimentos bem-definidos na distância de uma representação. Uma reversão política, então, tensiona os limites da política de drogas a uma mudança paradigmática radical, que precisa ser afinada: há uma atividade básica, de nível intermediário, que cerca a compreensão do cuidado: como a *arte da existência*, o *cuidado de si* (Foucault, 2002), operado pelas *tecnologias do si: o conhecimento e a invenção de si*. E se o cuidado de si é:

um certo modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações, de ter relações com o outro. O cuidado de si mesmo é uma atitude para consigo, para com os outros e para com o mundo (Foucault, 2006: 14).

Uma postura faz um deslocamento sutil (ao encontro um zona de trocas), e quando desdobrada opera diferenças evidentes (a produção do cuidado), sendo que é justamente pela evidência de diferenças que viemos conduzindo o entrelaçamento de uma comunidade

à produção de saúde. É o nosso interesse, um pequeno passeio¹ nos *campos da vida*: uma criança paralítica e sua mãe se deslocam pela cidade numa corrida de obstáculos e, aos trancos, persistem em comunicar sua existência. É esse contorno com *vis elastica* que se desloca, ou seja, o movimento visível é subordinado aos saltos que essa criança e essa mãe precisam efetuar para fugir de uma representação, entrelaçar-se em uma comunidade e expressar seu traço de vida.

Nossos encontros têm promovido esses saltos interessados à produção do cuidado? Ou ainda estamos presos ao miserabilismo representativo da vida, ao impressionismo, a passos combinados na distância de uma representação?

O traço intermediário que a Redução de Danos lança renuncia a essa distância e busca reencontrar os traços de vida² que foram excluídos, trata-se de um traço intermediário na medida mesmo em que se lança em presença provisória para encontrar uma zona de trocas e tornar (fazer aparecer) o cuidado de mais a mais adequado a cada contexto.

Assim, o trabalho de preparação de um campo onde as ações de Redução de Danos vão operar (o trabalho de campo) consiste em uma seqüência de movimentos que vai além de um mero embaralhamento formal, trata-se de subtrações intensivas ao encontro de uma zona de trocas cuja existência já é o entrelaçamento de uma comunidade com potência de acolher diferentes estilos de vida. Portanto, dos giros da redução de danos nos campos da

¹ O preceito do movimento segundo o pintor Francis Bacon: há uma comunicação existencial que constrói o movimento não representativo e o movimento se explica por essa comunicação, pela sua *vis elastica*. O que interessa para Bacon é exatamente o movimento, mas o movimento que é um salto no mesmo lugar, um movimento forçado de si, uma postura que explica o que subsiste no movimento visível. (Deleuze, 2007).

² Traços de vida são uma vida, mas a vida a mais intensa, uma vitalidade não orgânica, expressionista, que se opõe a vida orgânica da representação clássica. Traço-linha: onde a linha se torna mais que uma linha, constitui uma zona de indiscernibilidade (não da forma) da linha, enquanto ela é comum a diferentes. Quanto ao contorno, a linha é permanentemente deformada, tal como um laço: o acidente está em tudo, a linha não deixa de encontrar obstáculos que a forcem a mudar de direção e de se reforçar por essas mesma mudanças (Deleuze, 2007).

vida: se lança um “traço livre” a tornar, tornar visível o que não se vê, para que uma rede de vida, em torno, também se movimente.

Um pouco de arte, é o que a redução de danos traz à clínica de drogas e às práticas de saúde. Sendo que separar as artes, a essência de cada arte e sua eventual essência clínica perde a importância aqui, pois *há uma comunidade das artes, um problema comum* (Deleuze, 2007): destacar a presença dos clichês e preparar um campo operatório de trocas.

E é a ativação de uma zona de trocas que subordina o movimento aparente, num movimento forçado de si: posturas³ se reagrupam. Portanto, se uma postura se lança para sobrepor as aparências, é para enfrentar o problema de tornar visível o que não é: como o traço intermediário que prepara um campo operatório de trocas é um traço intermediário a serviço de liberar uma vida de um clichê.

Com isso, renuncia-se às representações identitárias para que uma vida aconteça gritando o desgosto de uma história contada sobre ela (Deleuze, 2007). Estar em torno, encontrar uma zona de trocas e oferecer o contorno elástico do cuidado a serviço do entrelaçamento de uma comunidade consiste, então, em tornar o cuidado comunicante e adequado aos diferentes estilos de vida.

Por fim, e para além de um embaralhamento formal, o interesse em tornar o cuidado mais adequado efetua o melhor movimento: passando de uma prontidão-para-ação à produção do cuidado. Assim, *como fazer é* antes uma dispersão, os nossos traços se integrarão a expressão de um cuidado possível junto às pessoas que fazem uso de drogas de acordo com o campo preparado e os entrelaçamentos produzidos. De antemão apenas se requer reter uma postura interessada, que sustente provisória e permanentemente uma zona

³ A deformação de uma forma, não são torturas, mutilar um clichê não adianta para obter uma verdadeira deformação, mas deformação não deixa de conduzir a transformação da forma: são posturas que se reagrupam (Deleuze, 2007).

de trocas apta a acolher diferentes possibilidades de vida. E essa é a postura da Redução de Danos, que ao tomar a vida como artefato⁴ se interessa em versar com ela.

*

O pintor Francis Bacon não deixou de querer eliminar o sensacional (o clichê), quis pintar a vida que grita mais do que o horror. Se não é fácil renunciar ao horror, à figuração primária, o pintor que traz consigo toda a violência da guerra rasura o grito: e o máximo de violência se faz na pintura sem nenhuma tortura ou brutalidade, pois a *crueldade*, ao contrário do que se julga, depende cada vez menos do visível, é a sensação que ao se opor ao sensacional efetua melhor a potência da pintura. A violência da pintura não tem nada a ver com a violência da guerra, a violência do representado (o sensacional, o clichê) se opõe a violência da sensação (Deleuze, 2007).

Quando o corpo visível enfrenta como um lutador as potências do invisível, ele não lhes dá outra visibilidade senão a sua. E é nesta visibilidade que o corpo luta ativamente, que afirma uma possibilidade de triunfar a qual ele não possuía enquanto ela permanecia invisível no seio de um espetáculo que nos tirou as forças e nos revirou. É como se um combate fosse possível agora. Desde que a sensação visual enfrente a força invisível que a condiciona, ela desprende uma força que pode vencer esta primeira, ou bem se fazer amiga dela. A vida grita *para* a morte, mas a morte não é mais este muito-visível que nos faz desfalecer, ela é esta força invisível que a vida detecta, e faz sair e ver gritando (Deleuze, 2007).

⁴ O mundo como artefato em Bacon (Deleuze, 2007).

3.1.1 - O graffiti como produção de saúde

Ao *querer* escapar de uma redução que captura necessidades irreduzíveis a um dado de antemão, *como fazer* Redução de Danos depende do campo preparado e dos entrelaçamentos produzidos. A priori, o que há é apenas uma *postura interessada* em despertar uma possibilidade de produção de cuidado junto às pessoas que fazem uso de drogas. Uma postura que não apenas se opõe às formas já dadas (embora desperta por essa rejeição), o interesse *é mais do que crisar na marginalidade*⁵, é encontrar uma zona de trocas e *de mais a mais criar um solo comum*, expressando o seu versar com a vida.

Assim, pelo o que está *em ato* busca-se o que está *fora do ato* (Oneto, 2007), uma postura que carrega em potência a cooperatividade dos territórios como base intermediária à produção do cuidado. É essa a *arte* que a Redução de Danos traz à clínica de drogas e às práticas de saúde, que *nada mais faz do que aguçar nossa sensibilidade para alguma coisa que já é a vida* (Oneto, 2007: 208).

Contudo, diante do aprisionamento de uma zona de trocas expressiva, no limite, para liberar os nossos traços: *Pintou Limpeza nos campos da vida*. Trata-se do trabalho preparatório de um campo para operar trocas em *busca de um maior conhecimento das necessidades de que o usuário se faz portador e dos modos de satisfazê-las* (Teixeira, 2004), pois

necessidades não nos são sempre imediatamente transparentes e nem
jamais estão definitivamente definidas, mas são e desde sempre têm sido

⁵ [...] resistir hoje significa mais do que crisar-se na marginalidade ou nas bordas ou militarizar-se no enfrentamento com um suposto centro planetário. Não se trata tão-somente de opor-se, mas de compreender os processos que percorrem a Multidão, conceber meios concretos que permitam a eles se expressarem, ganharem voz e rosto (Pál Pelbart, Costa, 2003: 12).

objeto de um debate interminável, de uma experimentação continuada, em que o que se discute e refaz sem cessar é a nossa própria humanidade (Teixeira, 2004).

E se foi preciso colocar em transparência os passos que as ações de Redução de Danos produzem nos territórios acessados, o que se passa com elas comungando com o movimento de saúde coletiva, foi com intuito de preparar o campo de interesse dessa investigação: pois *antes de começar a pintar é preciso que se esvazie a tela de clichês, do que a preenche de antemão* (Deleuze, 2007). Assim, desmontando pré-conceitos, ampliam-se os agenciamentos coletivos que são *a própria potência, a própria força, o trampolim que nos impulsionará mais adiante* (Teixeira, 2004).

Ao se trazer a dinâmica do graffiti para pensar produção de saúde junto às pessoas que fazem uso de crack, repensa-se uma experiência que teve seu interesse anteriormente radicado nos campos da vida, na busca de um modo de interagir com uma realidade diferente de outros modos. De modo que ao re(tornar) essa experiência o interesse é colocar *em torno* outras redes de vida, afim de aumentar a potência da sua postura. À época, fez-se de tudo para que algo saísse: trabalho de campo, esboços, rasuras, até que gota-a-gotas: um lance-construído gradualmente. Brusca, essa passagem foi o grande momento, em que se descobriu, ao nosso modo, como fazer o que se queria fazer: expressar a produção de um cuidado possível junto às pessoas que fazem uso de drogas.

Com isso, foi num movimento forçado de si que se entrelaçou o cuidado: *da limpeza da tela, do que a preenche de antemão, à comunicação coletiva, do tirar a pressão da lata à mistura da tinta, para então conseguir construir “linhas” de cuidado com pessoas que fazem uso de crack.*

E se o trabalho começa a partir da limpeza da tela é por que há uma presença assustadora de representações sobre o uso de drogas que aprisiona as nossas pinceladas se nos mantivermos a distancia, reproduzindo esse quadro. É necessário um exercício de abandonar-se em confronto com os clichês, limpar a tela em confronto com o que já está sobre ela. Trata-se de um trabalho preparatório de outro fundo para se pensar uma política de drogas, como se fosse preciso detectar tudo que já está sobre a tela: um abandonar-se em hostilidade radical ao imposto com interesse na produção do cuidado. Sendo que esse trabalho preparatório já pertence ao cuidado e, no entanto, o precede.

Em seguida, assim que se consegue saltar de um fundo de representações sobre o uso de drogas, por inadequação, é ulterior lançar traços intermediários, reagrupar posturas que possam transformar esse quadro. De modo que a função desse traço intermediário é entrar numa zona comunicante com outros traços para fugir do pré-concebido, caso contrário não será possível sair do afundamento da atual política de drogas e apenas se conseguirá parodiar clichês.

Ou seja, o procedimento de limpeza e traços do pintor Francis Bacon, a limpeza uma tela coberta de clichês e a produção do cuidado só é possível se houver um trabalho de campo preparatório seguido do entrelaçamento de uma comunidade. Assim, o traço intermediário utilizado é uma artimanha, uma armação, a preparação de um como fazer o que se quer fazer. Sabendo que nunca se está diante de uma tela em branco, o trabalho de campo consiste em prepará-la, lançando traços intermediários, subtraindo intensidades, fazendo esboços, um trabalho preparatório do cuidado que se integrará ao cuidado ao expressar uma vida tomada numa rede de vida reencontrada (Deleuze, 2007).

Com isso, ao (re)pensar a dinâmica do graffiti junto às pessoas que fazem uso de crack, convoca-se o esforço coletivo do trabalho em saúde à uma cena de vida. Pois, diante do “crack social”, *o graffiti como produção de saúde* radicou uma postura interessada em contrastar mecanismos higienistas, o enquadramento da vida, para reagrupar posturas e tensionar que agenciamentos de saúde estamos produzindo? *Le même régime répressif s’applique?*

Por fim, o estilo político que se afirma interfere na realidade como algo sempre em vias de constituição e não como um dado de antemão, pronto e acabado. A dinâmica do graffiti como produção de saúde foi, *em si e ao nosso modo, como fazer* o que queríamos fazer para saltar do afundamento da atual política de drogas à rearticulação de práticas de saúde junto a pessoas que fazem uso de drogas, guinado por uma política de subjetividade comprometida com a ética da diferença.



Considerações Finais - A Política de Redução de Danos e

Produção de Redes e Produção de Saúde Coletiva

Assim como o pintor, nunca estamos diante de uma tela em branco e devemos limpá-la dos clichês, do que a preenche de antemão, aproximando-nos do problema que queremos compreender, o que, no limite, nos traz novos problemas, não impostos, e sim construídos. Foi esse o fôlego dessa produção, justamente porque foi esse o fôlego de todo um processo de investigação: presença, tensão das formas, trocas, pensadores da diferença, deslocamento de afetos e um coletivo de forças arrebenta à expressão do nosso traço. Mas estar *em torno* e sustentar esse tempo das trocas, os nossos agenciamentos coletivos, ao mesmo tempo em que é a potência que impulsiona os nossos traços: é GRANDE demais. Contudo é só assim que podemos de fato compreender a importância de um novo e amplo agenciamento às práticas de saúde: *a vida é grande demais para que a suportemos sãos ou sós*. Posturas interessadas na ampliação dos agenciamentos coletivos requerem um deslocamento sutil e desdobradas produzem uma maior potência de construção de redes de vida em resistência a tudo que tende a nos aprisionar e entristecer. Basta um pequeno passeio: para fazer ver que subsiste aos nossos movimentos o entrelaçamento de uma comunidade, uma rede de vida em resistência aos empreendimentos de morte social.

Por fim, mudanças na política de drogas só foram e podem ser acionadas a partir do limite das experiências concretizadas, movimentando novos percursos. Assim, como agir é sempre uma (re)invenção do concreto, de uma determinação atual. Os tensores sempre se instalam na aproximação que compreende os limites desse fazer concretizado, no cotidiano

das práticas de saúde, para então convocar o esforço coletivo trabalho em saúde a outros movimentos.

Portanto, a efetiva consolidação das propostas de uma política pública de drogas e, logo, a sua consistente operação, passa por articular as ações de Redução de Danos no trabalho das redes territoriais de atenção a saúde, passa por articularmos esse trabalho mais amplamente cooperativo nos nossos encontros com o outro, restaurando redes de vida para além de simples rearranjos formais.

Que as *políticas da vida*, então, assumam posturas de mais a mais interessadas em um melhor movimento: da prontidão-para-ação à produção de saúde.

*E o pintor de rua que anda só
Desenha a maluquice em seu lençol.*

-Gal Costa, 1978-

Bibliografia

Andrade, Tarciso Matos de. A pessoa do usuário de drogas intravenosas. In Fábio Mesquita e Francisco Inácio Bastos (org). Drogas e Aids. Estratégias de Redução de Danos. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 191-204.

Artaud, A. O teatro e seu Duplo. São Paulo: Max Limonad, 1984.

Bastos, Francisco Inácio Pinkusfeld. Os Riscos e a Singularidade. In Clara Lúcia Inem, Gilberta Acselrad (orgs). Drogas: uma visão contemporânea. I Jornada sobre toxiconomia do NEPAD/UERJ. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1993, p. 184-94.

Bastos, Francisco Inácio Pinkusfeld. Para Além do Fatalismo. In Francisco Inácio Bastos et al (org). Drogas: é legal? Um debate autorizado. Rio de Janeiro: Ed. Imago e Instituto Goethe, 1993a p. 84-124.

Bastos, Francisco Inácio Pinkusfeld; Fonseca, Elize Massard. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: comparando. In Gilberta Acselrad (org). Avessos do Prazer: drogas, Aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p. 289-310.

Beck, U. Risk society: Towards a new modernity. Londres: Sage, 2003.

Becker, Howard Saul. Outsiders: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

Bueno, Regina de Carvalho. A experiência de Santos no trabalho com UDIs. In Fábio Mesquita e Francisco Inácio Bastos (org). Drogas e Aids. Estratégias de Redução de Danos. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 205-12.

Brasil. Ministério da Saúde - A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde, CN-DST/AIDS, 1ª Edição, Brasília, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Trabalho e Redes de Saúde/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília, 2011.

Carneiro, Henrique. Filtros, Mezinhas e Triacas. As drogas no mundo moderno. São Paulo: Ed. Xamã, 1994.

Carneiro, Henrique. Transformação do significado da palavra “droga”: das especiarias colônias ao proibicionismo contemporâneo. In Renato Pinto Venâncio e Henrique carneiro (org) - Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Ed. PUCMinas, 2005, p. 11-27.

Carneiro, Henrique. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. In Beatriz Caiuby Labate, et al (orgs) . Drogas e Cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 65-90.

- Castro, Eduardo Viveiros. O nativo relativo. *Mana*, 8(1): 113-148, 2002.
- Certeau, Michel de. *A Invenção do Cotidiano 1: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- Deleuze, Gilles. *Lógica da sensação*. São Paulo: Zahar, 2007.
- Deleuze, Gilles; Guattari, Félix. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.
- Deleuze, Gilles; Guattari, Félix. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 2. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995a.
- Deleuze, Gilles; Guattari, Félix. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 3. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.
- Deleuze, Gilles; Guattari, Félix. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 4. São Paulo: Ed. 34, 1997.
- Deleuze, Gilles; Guattari, Félix. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 5. São Paulo: Ed. 34, 1997a.
- Douglas, Mary. *Risk and culture: Essays in cultural theory*. Londres: Routledge, 1992.
- Fiore, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In Renato Pinto Venâncio e Henrique Carneiro (org) - *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2005, 257-90.
- Fiore, Maurício. *Uso de "drogas": controvérsias médicas e debate público*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2006.
- Foucault, Michel. *Últimas entrevistas. O dossier*. Carlos Henrique Escobar (org). Rio de Janeiro: Taurus, 1993.
- Foucault, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993a.

- Foucault, Michel. O nascimento da clínica. São Paulo: Forense, 1998.
- Foucault, Michel. História da sexualidade III: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 2002.
- Foucault, Michel. A Hermenêutica do Sujeito. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- Giddens, A. Risco, confiança, reflexividade. In Giddens, A., Beck, U. e Lash, S. (orgs).
Modernização reflexive: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: Ed. Unesp, 1995.
- Godard, Hubert & Rolnik, Suely. *Olhar cego*. Entrevista com Hubert Godard. Abordagem terapêutica do corpo. Mestre de conferência na Universidade de Paris VIII e Professor no Rols Insitut Bulder, Colorado. Por Suely Rolnik para “Lygia Clark, do objeto ao acontecimento: projeto de ativação de 26 anos de experimentação corporal”. Paris, 21 de julho de 2004. Em *Lygia Clark: da obra ao acontecimento. Somos o molde. A você cabe o sopro*, catálogo de exposição organizada pelo Musée des Beaux Arts de Nantes, França (08 de outubro a 31 de dezembro de 2005) e pela Pinacoteca do Estado de São Paulo, Brasil (25 de janeiro a 26 de março de 2006) com a colaboração da Associação Cultural “O Mundo de Lygia Clark”. Curadoria: Suely Rolnik e Corinne Diserens; pp.73-78.
- Guattari, Félix. Espaço e poder: a criação de territórios na cidade. In: Espaço & Debates. São Paulo, ano V, n 16, 1985.
- Guattari, Félix. Caosmose: um novo paradigma estético. São Paulo: 34, 1992.
- Guattari, Félix; Rolnik, Suely. Micropolítica. Cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2005.
- Hardt, Michael. O trabalho afetivo. In O reencantamento do concreto. Núcleo de Estudos da Subjetividade. PUC/SP. São Paulo: Hucitec/EDUC, 2003.

- Karam, Maria Lucia. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In Beatriz Caiuby Labate, et al (orgs) . Drogas e Cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 105-20.
- Labate, Beatriz Caiubu; Fiore, Maurício; Goulart, Sandra Lucia. Introdução. In Beatriz Caiuby Labate, et al (orgs). Drogas e Cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008, p.23-38.
- Lancetti, Antonio; Amarante Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In Gastão Wagner de Sousa Campos et al (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p. 615-34.
- Lancetti, A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2008.
- Lévy, P. As tecnologias da inteligência. Carlos Irineu da Costa (trad). RJ: Ed 34, 1993.
- Marlatt, G. Alan. Redução de danos no mundo: uma breve história. In G. Alan Marlatt (e cols). Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre, Artmed, 1999.
- Merhy, EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E; Onocko, R. (org). Praxis en salud: un desafío para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.
- Mesquita, Fábio. AIDS e Drogas Injetáveis. In Clara Lúcia Inem, Gilberta Acselrad (orgs). Drogas: uma visão contemporânea. I Jornada sobre toxiconomia do NEPAD/UERJ. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1993, p. 195-202
- Mesquita, Fábio. Perspectivas das estratégias de redução de danos no Brasil. In Fábio Mesquita e Francisco Inácio Bastos (org). Drogas e Aids. Estratégias de Redução de Danos. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 169-180.

- Oneto, Paulo Domenech. A que e como resistimos: Deleuze e as artes. In Daniel Lins (org) – Nietzsche/Deleuze: arte, resistência: Simpósio Internacional de Filosofia, 2004. Rio de Janeiro: Forense Universitária; Fortaleza: Fundação de Cultura, Esporte e Turismo, 2007, p 198-211.
- Pál Pelbart, Peter; Costa, Rogério da. Apresentação. In O reencantamento do concreto. Núcleo de Estudos da Subjetividade. PUC/SP. São Paulo: Hucitec/EDUC, 2003.
- Perduca, Marco. Vamos criminalizar a proibição! In Gilberta Acselrad (org). Avessos do Prazer: drogas, Aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p. 51-63.
- Petuco, Dênis Roberto da Silva. Pra não dizer que não falei de drogas/O cuidado de pessoas que usam drogas e a luta antimanicomial. In Loiva Maria De Boni Santos (org) – Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. Porto Alegre: Ideograf/ Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010, p. 53-64.
- Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001.
- Rodrigues, Thiago. Política de drogas e a lógica dos Danos. Revista Verve (Nu-Sol/PUC-SP), n.3, 2003.
- Rolnik, Suely. Toxicônamos de identidade. Subjetividade em tempo de globalização. In Daniel Lins (org). Cultura e Subjetividade. Saberes Nômades. Campinas: Papirus, 1997, p. 19-24.
- Rolnik, Sueli. Cartografia Sentimental – Transformações Contemporâneas do Desejo. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

- Rose, Nikolas. A biomedicina transformará a sociedade? O impacto político, econômico, social e pessoal dos avanços médicos no século XXI. *Psicologia & Sociedade*; 22 (3): 628-38, 2010.
- Rosen, George. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec, 1994.
- Santos, Milton. et al. (orgs.) Território: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec, 1994.
- Souza, Tadeu de Paula. Redução de Danos no Brasil: a clínica e a política em movimento. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal Fluminense, 2007.
- Scheerer, Sebastian. Estabelecendo o controle sobre a cocaína (1910-1920). In Francisco Inácio Bastos et al (org). *Drogas: é legal? Um debate autorizado*. Rio de Janeiro: Ed. Imago e Instituto Goethe, 1993, p. 169-192.
- Schiller, N.G. What's wrong whit this picture? The hegemonic construction of culture in AIDS research in the United States. *Medical Anthropology Quarterly*, 6(3): 237-254, 1992.
- Tedesco, S. H; Souza, T. de P. Territórios da Clínica: Redução de Danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: Carvalho, S. R. de; Ferigato, S.; Barros, Maria Elisabeth (orgs.). *Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009, v. 01, p. 141-156.
- Teixeira, Ricardo Rodrigues. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 1, n. 1, 1997.
- Teixeira, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In Roseni Pinheiro e Ruben Araújo Mattos (Org.) - *Construção da*

- Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003, p.89-111.
- Teixeira, R.R. 2004. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. Working-paper apresentado na Research Conference on: Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America Center for Iberian and Latin American Studies University of California. [Online] Abril de 2004.
- Telles, Paulo Roberto. Estratégias de “redução de danos” e algumas experiências de Santos e Rio de Janeiro com usuários de drogas injetáveis. In Fábio Mesquita e Francisco Inácio Bastos (org). Drogas e Aids. Estratégias de Redução de Danos. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 181-90.
- Varela, Francisco J. O reencantamento do concreto. In O reencantamento do concreto. Núcleo de Estudos da Subjetividade. PUC/SP. São Paulo: Hucitec/EDUC, 2003.
- Velho, Gilberto. Individualismo e cultura, notas para uma Antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- Velho, Gilberto. A dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In Alba Zaluar (org) – Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, 2008, p. 23-9.