



A Redução de Danos entre a Produção de Saberes e as Disputas Políticas de Cuidado

Harm Reduction between Knowledge Production and Political Disputes of Care

Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira¹

Larissa Santos²

RESUMO

O presente artigo propõe uma análise crítica da trajetória da Redução de Danos (RD) no Brasil, desde sua gênese enquanto estratégia epidemiológica voltada ao controle de doenças transmissíveis até sua consolidação como diretriz ético-política no campo da saúde mental. Ao tensionar os modelos biomédicos, punitivos e abstencionistas, a RD se constitui como campo de disputa entre controle institucional e práticas inventivas de cuidado. O texto discute as três “ondas” da RD no país, articulando a emergência da clínica ampliada, a centralidade dos saberes dos usuários e os desafios da institucionalização no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O percurso histórico revela um deslocamento da lógica da abstinência para práticas centradas na autonomia, nos direitos humanos e na invenção de modos de vida singulares.

Palavras-chave: Redução de danos; Políticas públicas; Saúde mental; Clínica ampliada; Direitos humanos

ABSTRACT/ RESUMEN

1 Doutora em Educação pela Universidade de Sorocaba (UNISO), Mestre em Ciências para a Saúde pelo Núcleo de Tecnologias Educacionais para Ciências da Saúde (NUTES/UFRJ). Psicóloga pela PUC-RIO. Professora Associada no Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (IPSI/UFF). E-mail: adrianacaldeira@id.uff.br. Brasil. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0280-5921>. LATTES: <http://lattes.cnpq.br/5839730566259435>

2 Graduanda de Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Redutora de Danos da Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FESAÚDE) lotada no CAPS AD III Alcenir Veras. E-mail: la_santos@id.uff.br. Brasil. ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0004-8265-6640>



This article offers a critical analysis of the trajectory of Harm Reduction (HR) in Brazil, from its origin as an epidemiological strategy to control transmissible diseases to its consolidation as an ethical-political guideline within the field of mental health. By challenging biomedical, punitive, and abstentionist models, HR emerges as a field of tension between institutional control and inventive care practices. The text explores the three "waves" of HR in Brazil, highlighting the emergence of expanded clinical care, the central role of users' knowledge, and the challenges of institutionalization within the Psychosocial Care Network (RAPS). This historical journey reveals a shift from abstinence-based logic to practices centered on autonomy, human rights, and the invention of singular ways of life.

Keywords: Harm reduction; Public policy; Mental health; Expanded clinic; Human rights

O uso de substâncias psicoativas acompanha a história da humanidade, atravessando práticas religiosas, medicinais e recreativas. Entretanto, a forma como as drogas são compreendidas e tratadas socialmente passou por uma inflexão significativa a partir do século XX, quando a criminalização e a medicalização tornaram-se eixos centrais das políticas públicas voltadas aos usuários. Neste contexto, a Redução de Danos (RD) emerge como uma estratégia ambivalente: ao mesmo tempo em que mitiga riscos sanitários, também se inscreve em dispositivos de controle biopolítico. (Oliveira,2015)

Este artigo propõe uma leitura crítica da trajetória da RD no Brasil, com base na sua inserção nas políticas de saúde, especialmente no contexto da Reforma Psiquiátrica e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A análise se estrutura em torno de três momentos — ou ondas — que marcam diferentes sentidos e práticas da RD: do enfoque epidemiológico à clínica ampliada, passando pela institucionalização da diretriz no Sistema Único de Saúde (SUS). Mais do que uma estratégia técnica, a RD é aqui compreendida como dispositivo político e campo em disputa, onde se jogam concepções de cuidado, autonomia e cidadania.

1. A Redução de Danos entre a Produção de Saberes e os Disputas Políticas de Cuidado

1.1 O nascimento da Redução de Danos: biopolítica, risco e governamentalidade

O uso de drogas faz parte da cultura humana desde os primórdios da civilização. Segundo Moraes e Neto (2014, p.11), “certo é que o consumo individual de drogas é prática que faz parte da cultura da humanidade desde a Pré-história”.



A partir do século XX, o uso de substâncias passou a ser moldado por critérios morais, políticos e econômicos, dando origem a modelos de intervenção baseados na criminalização e abstinência.

A emergência da Redução de Danos (RD) como estratégia de saúde pública internacional ocorreu sob forte influência da racionalidade biopolítica. A partir da década de 1980, frente à epidemia do HIV/AIDS, políticas de drogas passaram a incorporar práticas voltadas à mitigação dos riscos sanitários associados ao uso de substâncias psicoativas, sobretudo entre usuários de drogas injetáveis. A troca de seringas e centros de distribuição de metadona, por exemplo, evidenciam o uso de dispositivos de controle sobre populações “de risco”.

Conforme analisa Foucault (2008), a biopolítica é o exercício do poder sobre a vida, operando não mais pela repressão direta, mas pela gestão. Shdaior (2017, p. 20) observa que “é a partir dessa experiência na Holanda que as práticas de redução de danos ao uso abusivo de drogas e sua relação com as doenças transmissíveis ganham popularidade no mundo”.

Agamben (2002) amplia essa perspectiva ao demonstrar que o poder biopolítico opera pela distinção entre vida nua e vida qualificada, estabelecendo quem deve ser protegido e quem pode ser abandonado. A inserção da RD nesse contexto revela seu nascimento ambíguo: ainda que reduza danos, ela também os administra e calcula.

O uso de drogas faz parte da cultura humana desde os primórdios da civilização, com usos e objetivos diferentes em cada território. Segundo Moraes e Neto (2014, p.11)

Certo é que o consumo individual de drogas é prática que faz parte da cultura da humanidade desde a Pré-história. Há registros de homínídeos anteriores ao Período Neolítico (entre 12.000 e 4.000 anos a. C.) que utilizavam substâncias psicoativas em rituais religiosos e cerimônias míticas, com a finalidade de manter contato com as divindades e viabilizar a expiação das dívidas que os mortais mantinham com os deuses.

O termo Droga pode remeter a várias significações a depender do lugar, da época, do indivíduo, do momento histórico político, econômico e etc. Em nossa sociedade, o termo droga adotou uma definição generalista de que a droga seria

tudo aquilo que transforma e modifica o funcionamento do nosso organismo, porém essa definição não exprime a complexidade a qual o termo se refere.

Contudo, apenas o recorte médico não basta, é preciso também lembrar que a ilegalidade e a criminalização de determinadas substâncias (entre elas maconha, cocaína, crack, alucinógenos, opióides etc.) contribuíram significativamente para que estas se tornassem alvo de debate público, perseguição policial e julgamento moral. Posto isso, pode-se dizer, portanto, que os processos de medicalização e criminalização configuram a base da restrição do vocábulo, tal como o compreendemos hoje. Entende-se por drogas justamente aquelas substâncias que, ao longo do século XX, foram consideradas como tal (Oliveira, 2015, p.38)

A droga nesse sentido é um conceito produzido e atuado a partir das determinações impostas a ele, sejam estas morais, econômicas e políticas. De todo modo, a droga só existe a partir da relação que ela estabelece com os sujeitos Oliveira (2015, p.40). E nesse sentido, há várias formas e possibilidades desse uso, como o uso religioso, recreativo e medicinal.

Na antiguidade, o uso de drogas estava mais relacionado a um uso religioso e medicinal, visto a percepção de uma sacralidade das ervas e plantas.

Há relatos históricos de que na Pérsia se cultivou e fumou diversas espécies de tabaco antes mesmo da descoberta das Américas. Mas seu uso estava comumente relacionado às cerimônias religiosas e aos rituais mágicos, principalmente nas sociedades indígenas da América Central, aproximadamente no ano de 1000 a.C. (Oliveira, 2015, p.44)

Em relação ao uso recreativo, este se define enquanto tal a partir do momento que a droga ocupa o lugar de entretenimento, de lazer, de diversão na vida do sujeito. “[...] O hábito de aspirar rapé, que perdurou até o final do século XIX, e estava relacionado à nobreza, configurando-se como símbolo de status social.” Oliveira (2015, p.50). Essas três formas de uso podem se sobrepor ou se contrapor, a depender da sociedade, do momento histórico-econômico e político vigente.



Assim como, o uso abusivo só pode ser analisado a partir da posição do sujeito diante dele. Não é suficiente dizer das implicações químicas da substância psicoativa para justificar o uso abusivo, importa mais

Compreender a interpretação que o indivíduo dá de sua experiência, de seu estado e da motivação que o impele a um consumo repetido da droga. Torna-se, então, importante estudar o que o usuário de substâncias psicoativas considera indispensável à satisfação de suas principais necessidades no plano social, cultural, afetivo e cognitivo (Oliveira, 2015, p.97)

Da mesma forma que há a presença do uso de drogas no registro da humanidade, há também a presença da preocupação sobre os usos e formas dessas substâncias psicoativas. De acordo com Shdaior (2017,p.18). pode-se mapear o início da redução de danos (RD), enquanto uma estratégia para a diminuição dos riscos e danos ao uso abusivo de drogas, a partir de 1920 na Inglaterra com o Relatório de Rolleston, que autorizava os médicos ingleses a prescreverem heroína para os usuários em tratamento ao uso abusivo de drogas que apresentavam quadros graves de abstinência. Porém foi apenas a partir da década de 1970 que programas de prevenção em saúde pautados na estratégia de redução de danos surgiram na Europa.

Na década de 80, o aumento da transmissão de Hepatite e AIDS dentre os usuários de drogas injetáveis deu visibilidade para o problema das seringas compartilhadas. Entre 1986 e 1987, Centros de distribuição e troca de seringas e agulhas foram abertos na Inglaterra e na Holanda (Shdaior, 2017,p.19)

É a partir dessa experiência na Holanda que as práticas de redução de danos ao uso abusivo de drogas e sua relação com as doenças transmissíveis ganham popularidade no mundo

A partir de então outras intervenções puderam ser reconhecidas: programas de redutores de danos para circulação nas ruas foram criados, o fornecimento de informações para usuários e trabalhadores passou a ser estimulado, salas de uso controlado de drogas injetáveis ganharam espaço (França e Suíça), orientações para profissionais e donos de baladas tornaram-se protocolo, encaminhamentos à rede socioassistencial passaram

a ser mais frequentes e efetivos e a utilização de metadona foi legitimada como recurso para usuários de heroína frente aos riscos que a Síndrome de Abstinência desta substância tem (Shdaior, 2017,p.20).

O efeito dessas práticas suscitou no aparecimento da Redução de Danos no Brasil, em 1989 na cidade de Santos em São Paulo, a partir de uma disseminação do vírus HIV na população e principalmente nos usuários de drogas injetáveis.

“Capital da Aids”

com uma incidência de 217 casos para cada 100 mil habitantes entre 1980 e 1992, sendo que mais de 50% destes casos estavam diretamente relacionados ao compartilhamento de seringas entre pessoas que faziam uso de drogas por via injetável (Petuco, 2020,p.2).

Diante da incidência da doença, o município de Santos -SP incorporou as práticas de troca de seringas como estratégia de diminuição da transmissão do vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis, visto a impossibilidade de abstinência do uso abusivo para alguns. Porém tal prática de saúde não foi aceita pela sociedade da época

O surgimento do projeto de redução de danos gerou imensa polêmica nacional em todos os meios de comunicação e fóruns específicos, após o Ministério Público em Santos enquadrá-lo como crime, previsto na lei vigente sobre drogas no Brasil, a Lei 6.368 de 1976. De acordo com a interpretação daquele momento, a proposta se chocava com um dos artigos da referida lei, que considera crime qualquer forma de auxílio/incentivo àqueles que utilizam substâncias entorpecentes (Mesquita, 1994, p. 169).

Percebe-se que a opinião pública vigente sobre o programa de Santos - SP era a de que a troca de seringas não constituía uma prática de saúde, mas sim um incentivo ao uso de drogas. O programa então foi interrompido e o seu coordenador David Capistrano que foi Militante do Movimento da Reforma Sanitária foi processado. Embora o programa de Santos tenha encontrado seu fim, seus efeitos se perpetuaram e outras organizações foram possíveis a partir de suas práticas. De acordo com Petuco

O desenvolvimento da experiência brasileira com Redução de Danos no contexto do HIV/AIDS teve implicações, não apenas no que tange ao



impacto nos indicadores epidemiológicos, como também para a definição de elementos éticos, estéticos e políticos (2020,p.3)

Foi a partir dessa experiência que os trabalhadores presentes no Programa de Santos - SP criaram uma ONG em 1991 que buscava desenvolver pesquisas sobre a relação da AIDS com as drogas injetáveis. Além disso começaram um trabalho distribuindo o Hipoclorito de Sódio como insumo de RD a transmissão do HIV nos usuários de drogas injetáveis, visto que o Ministério da Saúde proibiu a oferta de seringas limpas para troca, o hipoclorito era uma solução para a limpeza dessas seringas e dessa forma a desinfecção do vírus presente nas seringas compartilhadas. Esta ação só foi possível a partir da observação dos rituais de uso dos próprios usuários nas cenas de uso e a constatação de que eles procuravam limpar as seringas com água para desobstruir o sangue seco que restava nelas (Mesquita, 1994)

Essa criação do hipoclorito de sódio enquanto insumo e a presença de outros usuários de drogas na composição das equipes de saúde são frutos de uma prática que se tornou central para o trabalho e aperfeiçoamento da RD: *Pensar ações de saúde e cuidado pautadas a partir das próprias experiências dos usuários*. A RD nesse primeiro contexto ganha uma definição: é uma prática de saúde que busca minimizar os riscos e danos acarretados pelo uso abusivo de drogas. A partir da oferta de insumos e ações na Atenção Básica de Saúde, busca atingir aqueles que não querem ou não podem parar de fazer o uso.

Pensar a historiografia da RD é pensar em sobreposições e acúmulos de saber que vão em contrapartida de uma concepção etapista, desenvolvimentista, das práticas de saúde. É tomar o mar enquanto metáfora daquilo que se expande e retorna Petuco (2020). Nesse sentido, essa primeira definição da RD é o recorte dessa primeira Onda onde a principal intervenção era na relação do uso de drogas com a transmissão de HIV e Hepatites virais, ou seja, adotava um caráter epidemiológico.

1.2 A experiência brasileira: Santos e as fissuras no paradigma da abstinência

A RD no Brasil tem seu marco zero na experiência de atenção e cuidado aos usuários de drogas injetáveis em Santos/SP. A iniciativa de trocar seringas representava o reconhecimento da impossibilidade de abstinência imediata para alguns sujeitos. Porém, essa prática inovadora de cuidado foi criminalizada. “O surgimento do projeto de redução de danos gerou imensa polêmica nacional [...] após o Ministério Público em Santos enquadrá-lo como crime [...]” (Mesquita, 1994, p. 169).

A criminalização revela um campo de disputa entre cuidado e controle. Castel (1990) identifica nessas estratégias um mecanismo de controle social dos desviantes. Ainda assim, essa experiência não foi apagada: “O desenvolvimento da experiência brasileira com RD no contexto do HIV/AIDS teve implicações [...] para a definição de elementos éticos, estéticos e políticos” (Petuco, 2020, p. 3).

A criação de ONGs, a incorporação de hipoclorito de sódio como insumo alternativo e a presença de usuários como agentes de saúde compuseram novas formas de cuidado, fundadas no saber da experiência e não apenas da técnica médica

De acordo com Petuco (2020) o desenvolvimento da RD não se deu de forma etapista. O autor traz o conceito de onda para pensar as novas formas e configurações da RD no decorrer do seu desenvolvimento. Nesse sentido, a primeira Onda situaria a RD no contexto da Atenção Básica com o enfoque no controle epidemiológico de doenças transmissíveis.

No que diz respeito à segunda Onda da RD, temos como marco histórico a aproximação da RD na RAPS. Essa aproximação só foi possível a partir do movimento político brasileiro da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Vale neste momento fazermos uma incursão histórica de como a RPB teve seu surgimento e desenvolvimento no país.

A RPB foi um movimento político-social importante que revolucionou o tratamento dado às pessoas com transtornos mentais a partir da década de 1970. Naquele período, pessoas com transtornos mentais tinham seus direitos e autonomia permanentemente violados, sendo afastados da vida em sociedade e isolados em hospitais psiquiátricos que disfarçaram a tortura e humilhação como um tratamento. Para a construção desse movimento foi-se necessário a presença



ativa de vários grupos e coletivos sociais, além de profissionais de saúde. Segundo Amarante & Nunes (2018, p.5)

Na década de 1970 e parte de 1980, o movimento da RP desenvolveu o pensamento crítico à institucionalização da loucura. Os conceitos de institucionalismo, poder institucionalizante e instituição total predominavam nos discursos de então. É no final dos anos 1980 que surge a perspectiva de criar serviços que deem início a práticas inovadoras.

Esse grande esforço político e social culminou na estruturação de uma nova perspectiva de cuidado a partir dos direitos humanos, da cidadania e do cuidado em liberdade.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), referida pela Lei nº 10.216/2001, desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS), é um marco na proteção e na defesa dos direitos humanos, ao consolidar um novo modelo de atenção integral à saúde mental, visando a reabilitação psicossocial e a (re)inserção social dos indivíduos em sofrimento psíquico (Lei nº 10.216, 2001). Brasil & Lacchini (2021,p.2)

Ou seja, a RPB proporcionou a criação de outros dispositivos de saúde e outras formas de cuidado que não são pautadas na institucionalização em hospitais psiquiátricos, mas sim no território afetivo dos sujeitos. Porém tal transformação não foi recebida sem resistência pelo corpo social e principalmente pelo corpo médico, como, por exemplo, diante da grande incidência do uso de crack pela população na década de 2000

Entidades como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), e sindicatos médicos de alguns estados passaram a ganhar espaço midiático para divulgar relatórios que responsabilizavam o fechamento de hospitais psiquiátricos por uma pretensa desassistência às pessoas que faziam uso de crack (Petuco, 2020, p. 5).

Embora existia essa resistência a Reforma Psiquiátrica pelo corpo médico vigente, a redução de danos não deixou de avançar caminhos e se estruturar enquanto uma política pública de cuidado

O lançamento da Política de Atenção Integral para Pessoas que usam Álcool e Outras Drogas, fruto do esforço de técnicos de diversas áreas do Ministério da

Saúde, foi um marco deste momento. O documento traduzia oficialmente, pela primeira vez, uma perspectiva que transformava a Redução de Danos em diretriz do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), como um todo. (Petuco, 2020, p. 5).

Portanto, a entrada da RD na RAPS se deu a partir da instituição da Política de Atenção Integral para Pessoas que usam Álcool e Outras Drogas, 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’. Essa junção da RD com a RAPS permitiu uma nova posição ética da rede de saúde mental frente a questão de Álcool e Drogas, visto que a RD oferecia possibilidades de novas dinâmicas de cuidado, além de reforçar os princípios norteadores do nosso Sistema Único de Saúde como a Equidade, Universalidade e Integralidade. (Petuco, 2020, p. 5).

A institucionalização da RD na RAPS, ao mesmo tempo que representa um avanço político, carrega também o risco de sua normatização e esvaziamento ético-político. A incorporação da RD como “diretriz de cuidado” no SUS coloca-a sob a lógica dos protocolos, podendo reverter sua potência micropolítica em prática tecnicista. Como afirma MERHY (2002), todo dispositivo institucionalizado corre o risco de perder sua potência inventiva se não for sustentado por um trabalho vivo em ato. Nesse sentido, é preciso questionar: que RD é possível dentro da RAPS? Como preservar sua radicalidade política diante da institucionalização?

Dessa forma, a RD se despiu do seu caráter epidemiológico e se aproximou de uma perspectiva ampliada de sua clínica, com enfoque nos direitos humanos e desenvolvimento social.

1.3 Das margens à política pública: institucionalização e paradoxos

A entrada da RD na política pública se dá de forma mais robusta a partir da Política Nacional de Saúde Mental e da Política de Atenção Integral para Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, com base na Lei nº 10.216/2001. Conforme Petuco (2020, p. 5), “o documento traduzia oficialmente, pela primeira vez, uma perspectiva que transformava a Redução de Danos em diretriz do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS)”.



A junção da RD com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) impulsionou uma nova posição ética frente à questão de álcool e outras drogas. Como destaca BRASIL e LACCHINI (2021), a RPB (Reforma Psiquiátrica Brasileira) abriu caminhos para práticas de cuidado em liberdade e atenção psicossocial. Ainda assim, “entidades como a Associação Brasileira de Psiquiatria [...] passaram a responsabilizar o fechamento de hospitais psiquiátricos por uma pretensa desassistência” (Petuco, 2020, p. 5).

A institucionalização da RD trouxe desafios ético-políticos. Merhy (2002) alerta para os riscos da tecnificação do cuidado: sem escuta e singularidade, a RD pode se tornar apenas um protocolo. Por isso, como lembra Petuco (2020), “pensar a historiografia da RD é pensar em sobreposições e acúmulos de saber que vão em contrapartida de uma concepção etapista, desenvolvimentista, das práticas de saúde”.

A Redução de Danos (RD) surgiu como uma resposta crítica às limitações dos modelos punitivistas e de abstinência química historicamente adotados nas políticas sobre drogas, principalmente a partir da década de 1970. Esses modelos pautados na “Guerra às Drogas” tratam o usuário como criminoso ou doente, exigindo a abstinência como única forma de tratamento e recuperação. No entanto, o uso de substâncias psicoativas acompanha a humanidade desde a Pré-História, com funções religiosas, medicinais e recreativas, como destacam Moraes & Neto (2014) e Oliveira (2015).

Com o tempo, o conceito de droga passou a ser moldado por critérios morais, políticos e econômicos, especialmente a partir do século XX, quando a criminalização e a medicalização de determinadas substâncias intensificaram o estigma sobre os usuários. Isso gerou um modelo de intervenção baseado na criminalização e abstinência que ignora a complexidade dos usos e as motivações dos indivíduos.

A emergência da RD como estratégia epidemiológica, especialmente no contexto da epidemia de HIV/AIDS, não pode ser dissociada do modo como o biopoder passou a operar sobre os corpos usuários de drogas. Nesse momento, o Estado não abandona o controle, mas o desloca da proibição para a regulação do risco. Como nos mostra Foucault (2008), a biopolítica não atua mais apenas pela



interdição, mas pela gestão das vidas consideradas “perigosas”. Nesse contexto, a RD não nasce como gesto libertário, mas como resposta racional ao risco coletivo. O tensionamento entre regulação e cuidado permanece como uma ambivalência estrutural da própria RD. Inicialmente apresentada como estratégia epidemiológica, a RD estava voltada para a redução dos riscos associados ao uso de drogas, sem exigir abstinência. Seu marco inicial foi o Relatório de Rolleston na Inglaterra em 1926 (Oliveira, 2015) e ela ganhou força na década de 1980, durante a crise da HIV/AIDS, com a criação de programas de troca de seringas e outras medidas de prevenção.

Como já relatado anteriormente a experiência de Santos (1989) inaugura não apenas uma prática, mas um campo de disputa discursiva sobre o que conta como cuidado. Ao ser criminalizada, essa experiência evidencia que, no Brasil, a noção de saúde é regulada por valores morais e legais, e não apenas técnicos. A tentativa de associar a troca de seringas ao incentivo ao uso escancara o quanto a RD se torna inaceitável quando desafia o modelo abstencionista e moralizante. Trata-se aqui de um “cuidado impossível”, no sentido em que rompe com a lógica do mérito e da culpa – marcas centrais da assistência brasileira, como discute Petuco (2020). No Brasil, a primeira iniciativa ocorreu em Santos (SP), em 1989, em meio à alta incidência de HIV entre usuários de drogas injetáveis. Apesar da resistência e criminalização da prática, a experiência pioneira deu origem a novas estratégias de cuidado baseadas na escuta dos usuários e no reconhecimento de seus direitos. Um exemplo foi a distribuição de hipoclorito de sódio como alternativa à proibição da troca de seringas, iniciativa que nasceu da observação dos próprios rituais de uso dos usuários.

Nos anos 2000, a RD inicialmente era tratada como uma estratégia de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Com o desenvolver da Política Nacional de Saúde Mental que foi elaborada no processo da RPB e firmada como política de Estado, tendo como marco legal a Lei 10.216/2001 e a Portaria n 388/2011 que institui a RAPS. (Duarte; Barros & Cabral, 2020) Em sua implementação, a Política Nacional de Saúde Mental incorpora o paradigma da RD. Essa nova fase consolidou a RD como política pública, oficializada por meio da



Política de Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas (PAIUAD 2003) e incorporada como diretriz do SUS.

Assim, a RD deixou de ser apenas uma estratégia de controle de doenças e passou a representar uma abordagem ética, política e social, voltada à promoção da saúde, da autonomia e da cidadania das pessoas que usam drogas, alinhando-se aos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. É nesse contexto que a RD se estrutura a partir de uma nova demanda presente no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas da saúde mental, uma demanda intersetorial.

Experiências em vários Estados do país, como Pernambuco, Bahia e São Paulo mostrariam a necessidade de se pensar o cuidado dos usuários de drogas de forma conjunta a outros campos sociais, principalmente na intersecção aos direitos humanos e a cidadania.

Como exemplo temos um dos mais bem-sucedidos programas de assistência aos usuários de álcool e outras drogas na cidade de São Paulo, iniciado em 2014 o programa

“De Braços Abertos” oferecia trabalho, renda e moradia, em articulação com um amplo cardápio de ofertas de saúde, educação, cultura, direitos humanos e assistência social, dentre outras políticas públicas.’ (Petuco, 2020, p. 8).

1.4 A clínica ampliada e a invenção de modos de vida

A terceira onda da RD, conforme Petuco (2020), inaugura sua articulação com a clínica ampliada. Essa fase é marcada pela incorporação das tecnologias leves e leve-duras (Merhy & Onocko, 1997), pelo reconhecimento da experiência do usuário e pela construção compartilhada de estratégias de cuidado.

A clínica ampliada, conforme Campos & Amaral (2007, p. 8), “baseia-se na escuta e reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre os sentidos daquilo que estão vivendo”. Ela rompe com a verticalidade da prescrição e aposta na negociação como método terapêutico.

Deleuze (1992) nos ajuda a compreender esse momento como resistência nas sociedades de controle, onde os modos de subjetivação se tornam também estratégias de enfrentamento. Nesse sentido, pensar a saúde não se trata apenas

de pensar sobre os processos fisiológicos humanos dentro de uma dicotomia saúde-doença, importa mais pensar nos agravantes sociais que determinam como e porque tal corpo adocece. Por conseguinte, urge a necessidade de se ampliar a clínica de cuidado aos usuários de drogas, visto as mais diversas demandas que atravessam o tratamento.

Este conceito de clínica ampliada surge com o autor Campos (1997) e foi aprimorada e institucionalizada a partir da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. Sua definição se caracteriza por

Uma clínica ampliada e compartilhada baseia-se na escuta e reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre os sentidos daquilo que estão vivendo. É uma prática menos prescritiva e mais negociada, que não desconsidera os avanços tecnológicos, nem a importância da qualificação técnica e das recomendações baseadas em evidências [...] Assim, tanto a prevenção como a terapêutica devem partir das evidências e da avaliação de riscos para negociar com as pessoas em termos de redução de danos: o que é possível neste caso, para este paciente, neste contexto? (Campos & Amaral, 2007, pag 8)

Dessa forma, fica evidente o papel do sujeito na construção do cuidado e a importância de se apostar em uma prática de cuidado colaborativa. A efetivação dessa clínica ampliada exige um imperativo ético político, visto que a relação entre os profissionais e usuários é uma relação estruturalmente desigual, atravessada por dinâmicas de poder que favorecem o lugar do profissional (Campos & Amaral, 2007).

Entretanto, cabe ao profissional ampliar essa perspectiva de forma que se amenize essa desigualdade levando em consideração os interesses, saberes e desejos dos usuários, visto que é o usuário que tem o conhecimento soberano em relação ao seu adoecimento. Nesse sentido, “Sugere-se operar com a noção de que todo encontro clínico ou sanitário é um “espaço coletivo”; em que se faz necessária a reflexão sobre esses papéis e responsabilidades distintos.” (Campos & Amaral, 2007, pag 8).

Essa reflexão sobre os papéis e responsabilidades é marca da RD no contexto de sua terceira onda, que integrada a RAPS e implicada na intersecção



com outras políticas públicas se propõe a atuar com práticas de cuidado mais horizontalizadas. Essas práticas são possíveis a partir do conceito de trabalho vivo em ato, cunhado por Merhy (2002), onde o profissional necessita de uma dose de liberdade e criatividade para exercer seu trabalho diante da cena complexa que é o campo da saúde, onde a micropolítica e a macropolítica estão sempre em jogo. Este trabalho necessita do aporte das chamadas tecnologias leves, que seriam habilidades ou capacidades emocionais, de acolhimento, de vínculo entre profissional e usuário ou profissional e profissional. Aliados às tecnologias leves que seriam as habilidades técnico-científicas de cada um. (Merhy e Onoko, 1997).

Logo, é possível afirmar que a Clínica Ampliada é composta por uma interseccionalidade de saberes, singularização do cuidado, compromisso ético e ampliação das possibilidades de vida do usuário (Brasil, 2009). E são esses elementos da clínica ampliada que vão configurar esse novo momento da redução de danos no contexto brasileiro chamado de Terceira Onda (Petuco, 2020), que vão trilhar o caminho do cuidado pautado em uma produção de autonomia e subjetividade dos usuários.

1.5 A RD como campo de disputa

O percurso da Redução de Danos no Brasil revela sua transição de técnica epidemiológica a dispositivo ético-político. De sua gênese biopolítica à sua reinvenção como prática subjetivante, a RD tensiona modelos biomédicos e abstencionistas, sustentando novas formas de cuidado.

Seu potencial reside justamente na aposta na vida como produção de vínculos, na recusa da tutela e na valorização das singularidades. Por isso, permanece como campo de disputa entre captura institucional e invenção cotidiana.

Portanto, a transição da redução de danos de uma estratégia meramente epidemiológica para uma abordagem ampliada, que integra os direitos humanos, a cidadania e os diferentes saberes sociais, marca um novo horizonte de cuidado, mais humanizado e integral. Ou seja, a trajetória da redução de danos no Brasil revela um processo complexo e multifacetado, marcado por tensões históricas,



políticas e sociais, que refletem a evolução da compreensão sobre o uso de drogas e os modos de cuidado.

REFERENCIAS

- .Agamben, G. (2002). *Homo sacer: O poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: UFMG.
- .Amarante, Paulo e Nunes, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 30 Novembro 2024], pp. 2067-2074. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
- .Brasil, M., & Lacchini, A. J. B. (2021). A política de saúde mental no Brasil: avanços e retrocessos. *Revista Saúde em Debate*, 45(129), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E109>
- .BRASIL.(2009) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília.
- .Campos, G. W. S., & Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 399–406. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>
- .Castel, R. (1990). *A gestão dos riscos: Da antipsiquiatria à pós-psiquiatria*. In: Castel, R. & Castel, F. (Orgs.), *A ordem psiquiátrica: A era do asilo*. Rio de Janeiro: Graal.
- .Deleuze, G. (1992). *Conversações*. São Paulo: Editora 34.
- .Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica: Curso no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes.
- .Merhy, E. E. (2002). *Saúde: Cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- .Merhy, E. E., & Onocko, R. (1997). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec.
- .Mesquita, F. (1994). A experiência brasileira de redução de danos. *Boletim da Rede Brasileira de Redução de Danos*, 1(1), 168–171.
- .Moraes, M., & Neto, J. (2014). *Saúde Mental e Redução de Danos: uma Introdução*. São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, Adriana Rosmaninho Caldeira de Entre retalhos cotidianos, práticas discursivas e drogas : perspectiva ecologista de educação / Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira. -- Sorocaba, SP, 2015



<https://repositorio.uniso.br/entities/publication/0e832d01-222d-4621-b06c-9bb809af8740/full>

- .Petuco, D. R. (2020). Redução de danos no Brasil: entre ondas, estratégias e disputas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190763. <https://doi.org/10.1590/interface.190763>
- .Shdaior, S. A. (2017). *Redução de danos: uma perspectiva crítica*. Salvador: EDUFBA.
- .Souza, L. F., & Torres, R. A. (2019). Subjetividade e saúde: sentidos em disputa. *Psicologia & Sociedade*, 31, e197133. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31n0e197133>

Submetido: 15/06/2025. Aprovado: 25/06/2025 Publicado: 01/07/2025

Autoria:

Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira

Psicóloga graduada pela PUC-RIO (1988), mestrado em Educação em Ciências e Saúde pela UFRJ (2002) e doutorado em Educação pela UniSo (2015). Atualmente é professora Associada da UFF, Campus Niterói. Membro da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO). Tem experiência nas áreas de Psicologia Social e Comunitária, Saúde Mental (políticas públicas, álcool e outras drogas desinstitucionalização e equipe multiprofissional) e Saúde Pública.

Instituição: Universidade Federal Fluminense

E-mail: adrianacaldeira@id.uff.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0280-5921>

País: Brasil

Larissa Santos

Breve currículo 3-4 linhas: Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense, Campus Niterói e atualmente Redutora de Danos na Fundação Estatal de Saúde de Niterói, lotada no CAPS AD III Alcenir Veras.



Instituição: Universidade Federal Fluminense

E-mail: la_santos@id.uff.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-8265-6640>

País: Brasil