

Los retos de la reducción de daños como política pública de drogas en Brasil^I

The challenges of harm reduction as a public policy related to drugs in Brazil

Maristela Moraes^I
Marisela Montenegro^{II}
Benedito Medrado^{III}
Oriol Romani^{IV}

Resumen

La implementación de las políticas públicas de la reducción de daños en Brasil ha sido objeto de múltiples debates. Tratamos de las principales tensiones de este campo a partir del análisis de 15 documentos de políticas de salud en Brasil. Discutimos que la reducción de daños aparece como un método político-clínico y como una perspectiva emancipadora que tensiona el saber-poder instituido en el campo de las drogas. Sin embargo, al nivel de las políticas públicas, la reducción de daños señala la existencia de conflictos, sea por la indefinición de quien efectivamente opera la política o es responsable por implementarla, sea por la dificultad de llevar a cabo el proyecto de emancipación de sujetos que se ha pretendido.

Palabras clave: drogas; reducción de daños; políticas públicas de salud.

Abstract

The implementation of harm reduction public policies in Brazil has been discussed in many studies. We approached the main tensions in this field based on the analysis of 15 documents related to health policies in Brazil. We discussed that harm reduction appears as a clinical-political method and as an emancipatory perspective that stresses the knowledge-power instituted in the field of drugs. However, at the level of public policies, harm reduction indicates the existence of conflicts, whether by uncertainty of who actually operates the policy or is responsible for implementing it, or whether by difficulty of carrying out the intended project of emancipating the subjects.

Keywords: drugs; harm reduction; public health policies.

^IUniversidade Federal de Campina Grande, Unidade Acadêmica de Psicologia (Campina Grande), Brasil

^{II}Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Psicología Social (Barcelona), España

^{III}Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Psicologia (Recife), Brasil

^{IV}Universidad Rovira i Virgili, Medical Anthropology Research Center (Tarragona), España

La implementación de las políticas públicas de salud que siguen los preceptos de la reducción de daños (RD) en Brasil ha sido un objeto de múltiples debates, en los cuales han participado tanto los gestores y operadores de salud pública como los activistas de variados movimientos sociales. En este artículo pretendemos hacer un recorrido por las principales tensiones que ocurrieron en este campo a partir del análisis de los textos de políticas públicas, dialogados con la experiencia de las autoras y de los autores como miembros de diferentes instancias organizativas en el área.

El diseño del estudio comprendió la identificación y el análisis de 15 documentos de políticas públicas de salud en Brasil, publicados de 2003 hasta 2015, dirigidos a la atención a la salud de las personas que consumen alcohol y otras drogas, y relacionados con la perspectiva de la RD. Las políticas públicas de la RD se caracterizan por políticas de salud asociadas al

uso de drogas que comprendan un enfoque y un conjunto de estrategias asociadas, contemplando la utilización de metodologías cualitativas y dialógicas, tanto para comprender como para intervenir en problemas relacionados con el consumo de dichas sustancias (Romaní, 2008). Eso busca favorecer que los usos de drogas legales o ilegales ocasionen pocos daños a la sociedad (Grup Igia, 2000).

En este sentido, se puede decir que todo lo relacionado con el enfoque de la RD se nos presenta como muy útil para dialogar con otros sentidos producidos respecto a las relaciones de las personas con drogas y otros modos de actuación sanitaria.

Diferentes autores (Sepúlveda & Romaní, 2013; Romaní, 2013; Sepúlveda, 2011; Spink, 2010) señalan la importancia de la discusión respecto al 'riesgo' para reflexionar sobre los efectos del discurso de adopción de estilos de vida saludables y las estrategias de control de los llamados estilos de vida "arriesgados",

1 Apoyo del Programa Internacional de Liderazgo de LASPAU en Harvard University, Kellogg Foundation.

para entender mejor el rol de las políticas públicas de salud sobre drogas, especialmente las de RD.

Tomando el “Lenguaje del Riesgo” (Spink, 2001) como punto de partida, es posible discutir los discursos sobre la RD que se nos presentan como una nueva modalidad de uso de los repertorios lingüísticos respecto al riesgo en el contexto de la emergencia de nuevas formas de gestión de la modernidad tardía¹ y de las posibilidades de producción de sentido a ellas asociadas, incluyendo los sentidos de la propia atención a la salud de personas con problemas asociados al consumo de drogas.

Aunque, por supuesto, ‘riesgo’ y ‘daño’ sean conceptos relacionados con diferentes racionalidades ético-políticas y el daño esté orientado por una matriz ético-jurídica en la cual ‘responsabilidad’ y ‘reparación’ son prácticamente indisociables de su significación histórica, dicha discusión también es importante porque señala la responsabilidad del Estado con las políticas de RD, no solamente con la acción sino también con la omisión frente a sus compromisos con las personas en vulnerabilidad relacionada con el consumo de drogas (Sepúlveda & Romaní, 2013).

En este sentido, las políticas de RD, desde una perspectiva ampliada, incluyen no solo los daños sanitarios propiamente dichos, pero también los sociales, económicos y legales, incluyendo a las personas que consumen drogas, sus familias, su entorno cercano y a la sociedad en general (Grup Igia, 2000), además de los daños que el propio Estado causa al omitir una protección frente a personas o grupos vulnerables (Sepúlveda & Romaní, 2013; Miró, 2014).

A pesar de haber discursos hegemónicos respecto a los posibles daños relacionados con las drogas, las prácticas sociales en torno a las mismas y los discursos que van emergiendo junto con dichas prácticas son muy variados y van más allá de lo que los discursos hegemónicos podrían dar a entender (Romaní, 2013).

En la discusión académica sobre RD se puede encontrar una multiplicidad de comprensiones sobre qué significa una política de RD, por eso es un campo en constante movimiento (De Paula Souza, 2007).

1 Optamos por la utilización del término ‘modernidad tardía’, tal como sugiere Spink (1999), y no ‘modernidad reflexiva’ (Beck, 1993) o ‘postmodernidad’ como dicen otros autores. Para Spink, dicha denominación se relaciona con la dificultad de pensar en cómo nombrar posteriormente lo que venga después del post. Bromeando, pregunta ¿post-post-modernidad? De todos modos, señala que en todas estas nomenclaturas están las ideas de ruptura, del cambio de la sociedad feudal a lo que se llamó modernidad, o modernidad clásica, que está pasando por transformaciones.

Sin embargo, muchos trabajos la definen por lo que no es, por todo a lo que se opone y critica, quizá por organizarse en un sentido distinto de los otros discursos científicos sobre drogas que privilegian o la personalidad, o la substancia, o el medio sociocultural, basados en modelos teóricos que miran hacia la gente que usa drogas como dependiente químico, enfermo o delincuente. La RD, en cambio, ha sido organizada alrededor de un conjunto de estrategias preventivas, con énfasis en los derechos humanos y en las responsabilidades de las personas que toman drogas, aceptando un cierto nivel del uso de dichas substancias en la sociedad en general, objetivando la disminución de las consecuencias de este consumo (Martins, 2003).

Hay un conjunto de producciones discursivas científicas que conciben la RD como un dispositivo político de lucha en la defensa del derecho a la salud pública o una clínica-política (De Paula Souza, 2007; Moraes, 2008; Moraes & Barreto, 2012; Petuco, 2010).

El campo de la RD por lo tanto puede entenderse como un conjunto de saberes y prácticas innovadores que han impactado en la formulación e implementación de políticas públicas. Sin embargo, debido a su carácter dinámico y multidimensional, dicha implementación no ha estado exenta de disputas relacionadas con la concreción metodológica y programática de su implementación. Hacer un recorrido sobre estas disputas en Brasil permite dar luz sobre las diferentes cuestiones en discordia, que implican la relación entre preceptos teóricos, políticos y éticos y las prácticas concretas para desarrollar este tipo de política pública.

El recorrido histórico de las políticas de reducción de daños

En los años 1960 en Londres ya se habían utilizado técnicas de inyección dirigidas a los consumidores e había sido instaladas salas en las que sus clientes podían inyectarse. En Italia, ante la epidemia de hepatitis B en los 1970, se implantó una iniciativa para eliminar los duros controles de la venta de agujas y jeringuillas en los supermercados (Strang, 2004).

La alarma creada en los años 1980 relacionada con la expansión del VIH/Sida obligó a reconocer las alternativas de asistencia sanitaria que generaron las políticas de RD y riesgos, inicialmente en Europa y, en general, desde la iniciativa y la participación de los usuarios de drogas (Romaní, 2008).

Otros autores dicen que, en aquel momento, la expansión de hepatitis B preocupó más que el VIH/Sida,

también relacionada con el uso de drogas inyectables, por lo que las estrategias de cambio de jeringuillas usadas por nuevas han tenido un importante rol, generando los llamados Programas de RD (PRD), que fueron creados por asociaciones de usuarios/as de drogas de Holanda (Bastos, 2003).

Aunque se ha difundido en todo el mundo, en Latinoamérica el desarrollo de la RD ha encontrado un contexto difícil, especialmente por la influencia directa de las políticas hegemónicas conservadoras estrictamente ortodoxas de EE.UU. (Romaní, 2008). No obstante, de todos modos, la perspectiva de RD ha avanzado a su manera en distintos países, asumiendo sus especificidades en cada uno.

El inicio de los regímenes dictatoriales en Latinoamérica y los cambios macro-políticos hacia un “nuevo orden mundial” en los años 1960, sacudieron las frágiles estructuras democráticas de dichos países, especialmente porque el desarrollo del capital mundial estaba asociado a intereses internos de dominación. Así, las políticas de drogas han tenido un importante rol en la “apertura política” de muchos países. En Brasil, ellas han sido creadas también como estrategia de control de las poblaciones, basadas en un concepto muy abstracto sobre drogas y poniendo las drogas ilícitas como el gran mal que debe ser enfrentado y vencido (De Paula Souza, 2007).

Sin embargo, Brasil es considerado un país con una actuación central en el conjunto de países de Latinoamérica en relación con la implementación de la RD, aunque la política de drogas brasileña esté orientada a la reducción de la oferta de drogas por medio de la represión de su uso y comercio (Fonseca & Bastos, 2005).

La RD en Brasil ha sido utilizada inicialmente en Santos, en el Estado de São Paulo, y en Salvador, Bahia, al final de los años 1980, relacionada con la infección por VIH entre personas que usaban drogas inyectables. Los programas de intercambio de jeringuillas se han convertido en una estrategia de “producción de salud”, alternativa a aquellas vinculadas a la abstinencia², diversificándose las ofertas de servicios sanitarios. Eso ocurrió especialmente después de 2003, cuando las acciones de RD dejaron de ser exclusivas de los Programas de VIH/Sida y pasaron a guiar la Política del Ministerio de Salud de Brasil

2 Las estrategias relacionadas con la abstinencia son acciones basadas en el paradigma de la abstinencia pensado de manera más amplia. Es más que una orientación clínica, es una red de instituciones que definen una gobernabilidad para las políticas de drogas y la ejercen de forma coercitiva en la medida en que hacen de la abstinencia la única dirección de tratamiento posible, sometiendo el campo sanitario al poder jurídico, psiquiátrico y religioso (De Paula Souza, 2007, p. 27).

para atención integral a las personas que consumen alcohol y otras drogas y la política de salud mental. Asimismo, dicho proceso de ampliación y definición de la RD como un nuevo paradigma ético, clínico y político implicó un proceso de enfrentamiento a las políticas antidrogas que tuvieron sus bases en el período de la Dictadura Militar (Passos & Souza, 2011).

Desde 1994, el Ministerio de Salud de Brasil tomó oficialmente la RD como estrategia sanitaria para la prevención del Sida y la hepatitis entre usuarios de drogas inyectables, y ha ampliado dichas estrategias a los usuarios de otras drogas, basándose en su eficacia en la reducción de nuevos casos de dichas enfermedades (Brasil, 2004a).

Desde 1996, con el apoyo del Programa Nacional de Sida, se empezaron a crear más PRD en otras ciudades brasileñas, además de Santos y Salvador (Petuco, 2007).

El proceso de construcción legal de la RD en cuanto a las políticas de salud mental empezó con las deliberaciones de la *III Conferência Nacional de Saúde* llevada a cabo en diciembre de 2001 por el Ministerio de Salud de Brasil, que impulsó la publicación de muchos documentos de normalización de la atención a las personas que consumen alcohol y otras drogas (Brasil, 2003): la *Portaria GM/336* (Brasil, 2002a); la *Portaria SAS/189* (Brasil, 2002b; 2004b); la *Portaria 2.19714* (Brasil, 2004a; Moraes, 2005).

Sin embargo, la expansión de los denominados “Centros de Atención Psicosocial Alcohol y otras Drogas” (CAPSad) ha sido el foco de la política del Sistema Único de Salud (SUS) hasta 2009, momento político en que se incorporaron otras estrategias sanitarias, resultado de un intento de dar respuestas al incremento del consumo de *crack*. En dicho contexto, los ‘consultorios de calle’ (*consultórios de rua*, en portugués) han sido instituidos en todo el país³,

3 Los consultorios de calle fueron creados en 1999, en Salvador, Bahia, Brasil, en el *Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas* (CETAD), *Universidade Federal da Bahia* (UFBA). Dicha experiencia ha servido de base para la ampliación del proyecto en todo el país (Brasil, 2010a). Entre otras cosas, los consultorios de calle proponen una atención en el propio espacio de la calle, dirigida a las personas que tienen problemas relacionados con el consumo de drogas, pero que “aún” no presentan una demanda formulada tras una búsqueda espontánea de las instituciones de cuidado (p. 4). En 2011, se ha publicado la *Portaria 122*, de 25 de enero, creando las directrices de organización y funcionamiento de los consultorios en la calle (*Consultório na Rua*), vinculados a la atención sanitaria primaria (Brasil, 2012). Los consultorios en la calle son servicios substitutivos de los consultorios de calle, amplían los equipos de trabajo y el ámbito de actuación, vinculándose a la atención primaria y son dirigidos a cuestiones de salud más amplias de la población que vive en la calle.

llevando a cabo acciones previstas en otros dos documentos importantes en el escenario de políticas sobre drogas en Brasil: el “*Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no SUS*” (PEAD 2009-2010), instituido por la Portaria 119 de 04 de junio de 2009 (Brasil, 2009b) y el “*Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*” (PIEC), instituido por el Decreto Presidencial 7.179 de 20 de mayo de 2010 (Brasil, 2010b).

El proceso político de insertar la RD en la política de alcohol y otras drogas del Ministerio de Salud ha generado una articulación con la política nacional de salud mental. Pero, dicha articulación se ha realizado al mismo tiempo que la suspensión de financiación económica de los proyectos de RD por el Programa Nacional de Sida, principal apoyo de los PRD (De Paula Souza, 2007).

En la medida en que se va incorporando la RD de modo ampliado en los sectores de la salud mental, se pasa entonces a ser citada como una perspectiva clínico-política basada en acciones territoriales y en la construcción de las redes de soporte social, es decir, una red que ayuda a insertar e integrar a las personas en sus comunidades y en un territorio de actuación de servicios e iniciativas que buscan atender a las necesidades de personas que acuden a dichos servicios, con énfasis en la rehabilitación y reinserción social. Así, las acciones se suceden en los sitios donde van las personas que hacen usos problemáticos de las drogas, en los servicios de salud flexibles, abiertos y articulados con otros puntos de una red sanitaria, pero también con sectores de la educación, del empleo y la renta, entre otros. Dicha perspectiva oficial de la política pública se considera importante para que sea posible lograr avances en los grados de autonomía de las personas que consumen drogas y sus familias, utilizando menos recursos represivos (Brasil, 2003, p. 11).

La RD es considerada como un dispositivo político de lucha en la defensa del derecho a la atención a la salud por colectivos de protagonistas anteriormente silenciados en el movimiento de la reforma psiquiátrica de Brasil y en el movimiento brasileño de lucha antimanicomial⁴ (Moraes, 2008; Moraes & Barreto, 2012; Petuco, 2011).

4 Llamamos reforma psiquiátrica al movimiento iniciado tras la Segunda Guerra Mundial, que tenía como propuesta la reorganización de las prácticas psiquiátricas. Iniciada desde la Psiquiatría Democrática Italiana, se ha difundido por todo el mundo, incluso en Brasil en los años 1970 del siglo pasado (Costa-Rosa, Yassi & Luzio, 2003; Koda, 2003; Moraes, 2005). El inicio del proceso de la reforma psiquiátrica en Brasil ha sido contemporáneo del mo-

Aunque parezca que la RD en Brasil y en otros países tiene sus orígenes en los marcos gubernamentales del control de la infección por el VIH, ha recibido un profundo impacto de los movimientos sociales, especialmente de personas viviendo con VIH, de lucha por el derecho a la salud pública, de reforma psiquiátrica y de lucha antimanicomial, por los movimientos anti-prohibicionistas, y de lucha por cambios en las políticas sobre drogas (Brasil, 2003; Grup Igia, 2000; Martins, 2003; Fonseca & Bastos, 2005; Petuco, 2007). En este sentido, señalamos la importancia de abordar también los discursos no oficiales protagonizados por los movimientos sociales.

El método y las aproximaciones analíticas

Ya se mencionó que el diseño del estudio comprendió la identificación y el análisis de 15 documentos de políticas públicas de salud en Brasil, dirigidos a las personas que consumen alcohol y otras drogas, relacionados a la perspectiva de la RD. Se eligieron documentos que: tenían la RD y de riesgos al uso de drogas como tema central o en un apartado y publicados por el Ministerio de Sanidad de Brasil (exclusivamente o en conjunto con otros ministerios) o por sus departamentos locales (secretarías estatales o municipales de salud), desde el año 2003 hasta 2015, período del gobierno de los presidentes del Partido de los Trabajadores (Lula da Silva y Dilma Rousseff), en el que se han producido importantes cambios en la atención a la salud en Brasil. Para actualizar las discusiones, añadimos cuatro documentos, que fueron publicados desde 2010 hasta 2015, a los 11 analizados en el ámbito de la tesis doctoral de la primera autora, defendida en el Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona, en noviembre de 2012.

Situamos el estudio en una perspectiva discursiva, basada y orientada por las contribuciones constructoristas de la Psicología Social y por la perspectiva teórico-metodológica de la producción de sentido

vimiento sanitario de los años 1970 en favor de cambios en los modelos de atención y gestión sanitaria de las prácticas en salud que han resultado, entre otras cosas, en la construcción del SUS (Brasil, 2005). Aunque a veces aparezcan en algunos textos como sinónimos, el movimiento de lucha anti-manicomial tiene la especificidad de ubicarse entre los llamados nuevos movimientos sociales y reúne no solamente a trabajadores/as de salud, sino también a personas atendidas en los servicios sanitarios y a sus familiares (Grunpeter, Ribeiro da Costa & Mustafá, 2007). La reforma psiquiátrica es una construcción legal y la lucha anti-manicomial no lo es, pero fecunda la reforma y la hace caminar (Petcu, 2012).

y prácticas discursivas (Spink & Frezza, 1999), que propone un modo de dirigir la mirada hacia los fenómenos sociales, enfocando la tensión entre universalidad y particularidad, entre consenso y diversidad, con vistas a la producción de una herramienta útil a la transformación del orden social.

Se consideraron los textos de las políticas públicas como prácticas discursivas, o sea, formas de construir ideas, conceptos, argumentos, convencimientos, posicionamientos, ideologías, retóricas y metáforas (Bernardes, 2004).

Hemos creado, por lo tanto, mapas de producciones discursivas que empezarán por la definición de los grupos temáticos generales relacionados directamente con los objetivos de la investigación, en los que hemos identificado los repertorios, generando ejes y sub-ejes de análisis, de modo coherente con lo que plantea Spink (1999).

Elegimos algunos ejes y sub-ejes de análisis, abordados a continuación, para discutir lo que encontramos como objetivo del presente artículo, o sea, las principales tensiones que han habido en las políticas públicas dirigidas a las personas que consumen drogas, desde la perspectiva de la RD, a partir del análisis de textos de políticas públicas.

La reducción de daños es definida por lo que se hace, por quién lo hace, dónde y para quién se hace

La RD puede llevarse a cabo en la calle y en las comunidades donde vive la gente que, en general, no acude a los centros de salud y otros servicios semejantes. El llamado trabajo de campo, que no se realiza en un centro de salud, sino en el territorio, es uno de los aspectos que ha formado parte de las producciones discursivas analizadas.

Hay que destacarse el rol asumido por los trabajadores denominados reductores de daños, los principales “operadores” de muchas de las acciones en el territorio. Dicha identidad quizás se define por las actividades cotidianas que se realizan y los diferencia de otros trabajadores de salud y educadores sociales.

Inicialmente, los reductores de daños eran personas que consumían drogas y habían encontrado una vía diferenciada de acercamiento a las personas de sus comunidades que también consumían drogas. Así, los reductores lograron una condición de sujetos políticos tras sus prácticas profesionales como agentes de la RD, llevadas a cabo en los PRD. Este proceso se empezó en el contexto de la infección por el VIH y de la implicación de poblaciones definidas como integran-

tes de los llamados grupos de riesgo en las prácticas de salud (Petuco, 2007).

De este modo, los reductores cambian de la condición de “población atendida” y pasan a tener estatus de “profesionales de salud”, realizando distintas prácticas de cuidado junto a personas que generalmente no acudían a los centros de salud ni eran visitadas por otros profesionales que desarrollaban acciones comunitarias (como los agentes comunitarios de salud de los equipos de Atención Básica de los Programas de Salud de la Familia en Brasil). Los reductores de daños actúan desde el principio de la utilización de las estrategias de RD junto a las personas que usan drogas, en locales donde viven o conviven, orientadas por la construcción de vínculos y por la búsqueda de caminos terapéuticos focalizados en los sujetos y no en las drogas o las enfermedades (Petuco, 2007; Petuco & Medeiros, 2009).

Además de la calle y de las comunidades, se han señalado otros lugares de actuación de la RD: los servicios sanitarios (de Sida o de la salud mental) y los grandes eventos y fiestas. De todos modos, cuando hablan de la RD dentro de los servicios de salud y, por lo tanto, de acciones que no son realizadas en la calle, se han añadido otros términos para mencionar una cierta “modalidad” de RD que es la que se hace en los centros de salud. Los términos ‘clínica ampliada’, ‘postura’ o ‘escucha diferenciada’ han sido utilizados para referirse a la RD en los servicios de salud, especialmente en la salud mental.

Así que no resulta extraño observar que la construcción de políticas públicas de RD en Brasil se vincula directamente a la acción militante de los movimientos sociales. Se plantea como una herramienta de rechazo de las formas hegemónicas y tradicionales de intervenir y no establece prácticas de salud basadas en la moral o en un rescate de un estado de salud ideal, o en normas prescritas. La RD es aún un movimiento de resistencia a un discurso y una práctica dominante y una forma de construcción de la ciudadanía de personas consideradas “al margen”, debido al consumo de drogas (Nardi & Rigoni, 2005).

Los discursos no oficiales respecto a la RD que se han producido en el proceso de fortalecimiento del llamado ‘movimiento brasileño de RD’ apuntan no solamente a la RD como una tecnología del cuidado, sino como un punto de aglutinación política que reúne a personas desde varias posiciones (las que usan drogas, profesionales de salud – reductores de daños y otros, activistas de otros movimientos sociales) (Petuco, 2007).

Una aproximación desde dentro de los movimientos sociales para señalar contradicciones

Aquí, la primera autora del artículo tiene que tomar la palabra en primera persona para decir que además de investigadora que llevó a cabo la tesis doctoral que ha generado parte de este artículo, ella ha participado en el proceso de construcción del movimiento de RD en Brasil, de modo que lo que tratará de señalar ha sido vivido y determinado desde el “ojo del huracán”, por así decirlo⁵.

5 A principios de los años 2000, participé de la creación de la *Rede Pernambucana de Redução de Danos*, en Recife, Brasil, que ha sido creada como resultado de un gran encuentro internacional llamado Seminario Itinerante Latino Americano (SILA) sobre drogas y comportamiento de riesgo, en el que participaron expertos en RD del país y del extranjero (investigadores y representantes de movimientos sociales). Una de las primeras acciones de la Red ha sido la construcción del Documento Marco de Reducción de Daños para Pernambuco, construido con base en un importante documento español producido por el Grup Igia de Barcelona, llamado “Documento Marco sobre Reducción de Daños” (Grup Igia, 2000). La Red se ha ido concretando en este escenario político-cultural favorable, que entre otros hechos, generó otro evento importante en Recife: la 1ª Conferencia Internacional sobre Alcohol y RD, llevada a cabo en 2002, en la que participaron representantes de las principales asociaciones y redes nacionales e internacionales de RD, además de autores importantes sobre el tema. Los dos eventos han tenido como principal articuladora la ONG Centro de Prevenção às Dependências y su coordinadora Ana Glória Melcop. Yo participaba en la Red como representante, junto con Jorge Lyra, del Instituto PAPAI, ONG en la que actué de 1998 a 2012. Coordiné la Red Pernambucana de RD por cuatro años, junto con representantes de otras organizaciones (de 2002 a 2006). Aún en 2000 ayudé a crear, junto con Alda Roberta Campos, y coordiné durante dos años, junto con Marcílio Cavalcanti, la primera asociación de personas que usan drogas en Brasil, la “Se Liga – Associação de Usuários de Alcool e outras Drogas de Pernambuco”. La “Se Liga” y la Rede Pernambucana han desarrollado importantes acciones de RD en Pernambuco y han estimulado la realización de otras organizaciones y acciones semejantes, en otras partes del país. En 2006, he sido vicepresidente de la red nacional ABORDA. La gestión ha sido electa en asamblea con asociados de todo el país, y la hemos nombrado *Diversidade e Participação*. He estado en la gestión de la ABORDA por dos años, junto con Denis Petuco, Elandias Bezerra, Fátima Machado, Lourdes Alecrin y Maria do Carmo Lachimia. Nuestra gestión (2006 hasta 2008) ha desarrollado un proyecto nacional llamado Roda Brasil de articulación de saberes y prácticas de RD, ampliando la participación de los representantes de Estados de las regiones más pobres del país (Norte y Nordeste) y el número de asociados, y conducido importantes actuaciones políticas en la defensa de la RD y de los reductores de daños. También empezamos discusiones referentes al género en la ABORDA, lo que resultó, entre otras cosas, en un cambio en el nombre de la Red, que ha pasado a llamarse *Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos* (anteriormente llamada *Associação Brasileira de Redutores de Danos*) y en la divulgación de un documento político el 08 de marzo de 2007, titulado “*Dia 8 de Março: unificação das bandeiras pela transformação do mundo*”, tratando de la necesidad del diálogo entre los Movimientos Feminista y de RD (Moraes, Castro, Santiago & Moura, 2007). En 2010, ya viviendo en Barcelona para hacer el

Analizamos que sólo en la segunda mitad de los años 2000 ha sido posible hablar de un movimiento social de la RD en Brasil, desde una especial influencia de algunas redes nacionales, la *Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos* (ABORDA) y la *Rede de Redução de Danos e Direitos Humanos* (REDUC) y de otras organizaciones regionales semejantes. La construcción de una Plataforma Política del Movimiento (en 2008), como intento de lograr una existencia política nacional más unificada y coherente, se ha señalado como el marco de la existencia del movimiento (Moraes, Rameh & Campos, 2011).

La ABORDA, considerada la red nacional más articulada en torno a la RD en Brasil, fue creada en 1997, pero su objetivo principal se concibe de forma distinta por diferentes autores. El objetivo aparece como capacitar y articular los PRD (De Paula Souza, 2007), y defender la dignidad de los reductores de daños y el derecho de las personas que consumen drogas (Petuco, 2007). Ahora llamada en su material de divulgación virtual como *Associação Brasileira de Redução de Danos*⁶, los cambios que ABORDA ha experimentado a lo largo de su existencia están relacionados con la necesidad de involucrarse en la defensa de las políticas y de la tecnología de la RD por los ataques a la propia idea de RD, cómo ya señalaba Dênis Petuco en 2007 (Petuco, 2007).

La creación, implementación y evaluación del Proyecto RoDa Brasil, coordinado por la ABORDA (2007–2008) han tenido como resultado la construcción de una Plataforma Política del Movimiento Brasileño de RD, con líderes locales/comunitarios, personas que consumen drogas y trabajadores de áreas relacionadas con las drogas (incluyendo los reductores de daños) de todo el país.

Desde un análisis del fenómeno del crecimiento de la Marcha de la Marihuana en Brasil y del

doctorado, participé virtualmente en la construcción de otro colectivo del movimiento social, que inicialmente nombramos *Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Redução de Danos*. Sin embargo, el colectivo no ha asumido oficialmente una identidad y ha generado una articulación virtual en un *e-group* llamada *Drogas e Cidadania*. Es importante decir que los otros autores y autoras de este artículo han acompañado de diferentes maneras el proceso que señala la primera autora: 1) Marisela Montenegro tiene publicaciones con el Grup Igia; 2) Benedito Medrado ha sido coordinador de la ONG Instituto Papai; 3) Oriol Romani ha participado en la redacción de los documentos de Grup Igia (en aquellos momentos era presidente de Igia) y también ha participado tanto en la conferencia de Recife de 2002 como en la de ABORDA de 2009, las dos en Brasil.

6 En la página <http://abordabrasil.blogspot.com.br/>. Acceso el 30 de julio de 2015.

movimiento anti-prohibicionista⁷, algunos autores señalan que parece haber una necesidad política actual de hablar sobre la legalización o reglamentación de las drogas lícitas, lo que hace a la gente salir de los guetos y comunicarse con la sociedad de forma amplia (Medeiros & Cecchin, 2011). Por otra parte, el movimiento alrededor de la RD, en determinado momento histórico-político, no ha sido suficiente para satisfacer las demandas de debate respecto al prohibicionismo, como discute Pablo Ornelas Rosa (2014). Según este autor, las políticas de RD no suponen una mirada anti-prohibicionista, ya que parte de los defensores de dichas políticas es contrario a la legalización o liberación de la producción de marihuana. Aunque reconozca que la RD ha ayudado a cuestionar el prohibicionismo, los discursos de la RD no logran posturas más radicales en el tema de legalidad de las drogas.

En la medida en que muchos de los proyectos de la RD, llevados a cabo predominantemente por organizaciones no-gubernamentales (ONG), dejan de ser apoyados por el Ministerio de Salud, y la RD pasa a ser incorporada a la esfera pública gubernamental, dichos colectivos van perdiendo fuerza y algunos cierran sus actividades.

Es importante enfatizar que las ONG han tenido un importante rol en el recorrido de la RD en Brasil, pero la creación de las redes de RD y la implicación de los reductores de daños generó una relación paradójica con el Estado porque al mismo tiempo recibían financiación del Estado y luchaban contra una política antidrogas hegemónica en la máquina gubernamental (Passos & Souza, 2011).

¿Quién opera la política de la reducción de daños?

Para intentar entender los conflictos entre gobierno y sociedad civil, una pregunta que se hace necesaria es: ¿Quién opera la política de la RD?. Aunque los reductores de daños sean considerados los principales operadores de la política de RD, en general, no eran oficialmente contratados por los sectores gubernamentales, o sea, las intervenciones desde la lógica de la RD las llevaban a cabo sectores no gubernamentales (Moraes, 2012).

⁷ Es necesario ubicar la *Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos* y sus articulaciones en diferentes estados de Brasil como un colectivo importante que actúa promoviendo un diálogo entre los movimientos y las personas reunidos alrededor de la discusión sobre drogas, anti-prohibicionismo, salud mental y derechos humanos.

En este sentido, la legalización del estatus profesional del reductor de daños ha sido el blanco de las disputas políticas en el escenario de la RD. Lo que sigue en el juego político es quién opera la política, de quién es la responsabilidad de las acciones de RD, quién tiene legitimidad y conocimiento para hacerlo. Cuando la respuesta a esta pregunta es 'los reductores de daños', otro problema aparece, relacionado con legitimar y oficializar una categoría profesional marginal, formada por profesionales híbridos, considerados inadecuados para las exigencias y formalidades de la salud pública.

El riesgo de perder el perfil tradicional del reductor al institucionalizar la profesión aparece como uno de los argumentos relacionados con la regularización de los reductores. Para trabajar en la sanidad, hay que seguir algunas exigencias del mercado formal del trabajo, y por lo tanto, una convocatoria pública para la función de reductor alejaría a profesionales que ya actúan en el campo bajo otras reglas laborales administradas por las contrataciones precarias vía ONG (Moraes, 2012).

¿Quién es responsable de la política?

¿El sector de VIH/Sida versus la salud mental?

Este campo complejo de disputa política se refiere a la relación entre el sector de la salud mental y el del VIH/Sida. Las tensiones ocurren no solamente porque la RD ha empezado su historia por el control de la infección por Sida y otras enfermedades de transmisión sanguínea/sexual y ha sido ampliada hacia la salud mental, sino porque parece que hay concepciones distintas respecto a lo que es y lo que se propone la RD en los dos sectores (Moraes, 2012).

El foco del sector de Sida es la prevención de la transmisión de enfermedades, que son los daños en los que hay que intervenir y no los usos de drogas *per se*. Por otro lado, la salud mental aparece como un sector que se centra en la droga y tiene la RD muchas veces como una estrategia para llegar a la abstinencia.

De todo modo, hay que señalar que no todos los discursos de la salud mental tienen la abstinencia como objetivo, por lo menos no de modo explícito. La propia inclusión de la perspectiva de la RD en las políticas más amplias de atención a la salud de personas que toman drogas contradicen la hegemonía del modelo basado en la abstinencia (Moraes, 2012). Sin embargo, los retos por los que pasa la RD para transformarse en una política efectiva señalan la dificultad de ir más allá de la hegemonía de la absti-

nencia. Tomamos el caso de la construcción del Plan Integrado de RD para el SUS para ejemplificar las disputas políticas de las que mencionamos.

El Gobierno brasileño ha iniciado la construcción de un Plan Integrado de RD para el SUS para tratar de articular no solamente el Sida y la salud mental alrededor de la RD en el contexto del SUS, sino la Atención Básica (primaria) y otros sectores que podrían actuar desde la perspectiva de la RD (Brasil, 2007).

Destacamos un documento de septiembre de 2007: un informe del acto⁸ realizado para discutir la necesidad de la construcción del Plan y sus líneas generales. En el documento está descrito el proceso de su oficialización y las etapas posteriores al acontecimiento realizado, además de la consulta pública popular por la que pasaría. Después de la consulta pública, el Plan debería ser encaminado a las instancias técnicas responsables de su aprobación (Brasil, 2007, p. 30).

En diciembre de 2007, es decir, tres meses después del Seminario, fue producida y enviada para consulta pública la primera versión del Plan y en marzo de 2009 se publicó un resumen del Plan. Eso ha sido publicado por el sector de Sida con una reconfiguración del objetivo, proponiendo en aquel entonces solamente una agenda mínima para atender las necesidades prioritarias basadas en las recomendaciones establecidas en el Seminario Nacional de articulación de las acciones de la RD en el ámbito del SUS (*Sumário Executivo do Plano Integrado de RD no SUS*, 2009, p. 01, documento no publicado).

En mayo de 2009, fue presentado en la Comisión Tripartita (una de las principales instancias involucradas en la aprobación del referido Plan Integrado) un “Plan de Emergencia para la Ampliación del Acceso al Tratamiento y Prevención en Alcohol y otras Drogas – PEAD 2009-2011” (Brasil, 2009a).

8 El “*Seminário Nacional Sobre a Articulação das Ações de RD no Âmbito do SUS*” ha sido realizado en Brasília en los días 4 y 5 de septiembre de 2007. Ha sido organizado conjuntamente por los sectores programáticos de VIH/Sida, hepatitis virales y salud mental del Ministerio de la Salud de Brasil, con la participación de representantes de las redes nacionales de los movimientos sociales de la RD y de otros grupos vulnerables, movimiento de personas viviendo con VIH/Sida y/o hepatitis virales, Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), Oficina de las Naciones Unidas Contra Droga y Crimen (UNODC), Consejo Nacional de Secretarios Estaduales de Sanidad (CONASS), Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Sanidad (CONASEMS) y coordinadores estaduales y municipales de VIH/Sida, salud mental y hepatitis virales. La investigadora y primera autora de este artículo ha participado en el evento en calidad de representante del movimiento social de RD, responsable también por una ponencia en la mesa de trabajo “*Sociedade Civil e Redução de Danos: avanços e desafios*”.

Eso es un documento mucho más amplio, que define incluso la creación de nuevos servicios de atención a la salud de las personas que toman drogas. La RD no ha sido el foco como en el Plan Integrado y aparece solamente como una de las directrices del Plan de Emergencia (Brasil, 2009a).

En junio de 2009, fue publicada oficialmente la Portaria del Ministerio de la Sanidad, de 4 de junio de 2009 (Brasil, 2009b), que instituye el “*Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010)*” y define sus directrices generales, acciones y metas.

En mayo de 2010 ha sido publicado el Decreto 7.179, de 20 de mayo de 2010, por el Gobierno brasileño un año después de la publicación de la Portaria 1.190. El referido Decreto instituye el “Plan Integrado de Enfrentamiento al Crack y otras Drogas”, integrando varios ministerios y organismos de represión del comercio ilegal de drogas. Publicado con entusiasmo por la prensa nacional, el “Plan Integrado de Enfrentamiento al Crack y otras Drogas” se presentó con un presupuesto muy grande, que señala la importancia dada a su implementación. Ha sido una respuesta de emergencia del Gobierno brasileño a la supuesta epidemia de crack que asola el país y sigue apuntando a la perspectiva de la RD, por lo menos en textos de políticas públicas.

El “Plan Integrado de la RD para el SUS” no ha sido oficializado como parte de las políticas sobre drogas en Brasil. Aunque algunas iniciativas importantes dirigidas a la población que tiene problemas con el consumo de drogas, como “*Caminhos do Cuidado*”, un proyecto del Gobierno Federal de Brasil implementado en 2013, y los “*Consultório na Rua*”, tengan la RD como principio orientador, no podemos afirmar que en ellos se realicen las múltiples acciones que el “Plan Integrado de la RD” planteaba.

Consideraciones finales

A lo largo de este artículo hemos hecho un recorrido por la historia de la política de RD en Brasil y discutimos algunos de los retos de su implementación en el campo de atención a las personas que consumen drogas. Del complejo campo de disputas en el que está ubicada la RD, destacaremos dos escenarios de conflictos, uno relacionado con los roles del gobierno y de la sociedad civil, que tiene los operadores de la política como uno de los puntos nodales de la discusión; otro del sector VIH/Sida y de la salud mental, los dos más destacados sectores que

son gestores de las políticas de la RD en la salud. Se analizó también la construcción del “Plan Integrado de RD para el SUS de Brasil”, que no ha sido implementado, como ejemplo de la dificultad que esta política encuentra para ser llevada a cabo.

Lo que hay que tener en cuenta es que los principios de la RD presentes en los documentos de políticas públicas ponen de relieve el punto de vista de garantizar una atención a la salud dialogada con los derechos humanos, a saber: el principio de la integración y no de exclusión geográfica y social, el de la cercanía y del contacto con las personas, de atención no solamente a la persona que consume sino también a su entorno, y de participación y de escucha a los saberes particulares.

Parte de estos principios y la superación de dificultades de implementación de la RD pueden ser posibles con el desarrollo de los “*Consultório na Rua*”, que es la más grande promesa de ampliación de la RD al nivel de las políticas de salud, que propone un diálogo esperado y necesario entre salud mental y atención primaria.

Lo preocupante es que el reconocimiento oficial de las políticas de la RD no se ha correspondido con los presupuestos económicos necesarios para poder llevarlas a cabo en Brasil. Han ganado fuerza los postulados de encierro en comunidades terapéuticas, que en general son privadas, modelo que además de no aplicarse a toda la gente (cómo han intentado convencernos), mostrase ineficaz y contraproducente en gran parte de los casos, genera financiación pública de organizaciones privadas y disminuye la importancia de la red de atención psico-social creada y ampliada en el ámbito del SUS.

Por otra parte, la presión de los movimientos anti-prohibicionistas en el escenario de discusiones sobre drogas apunta a otro momento, en el que tiene lugar la discusión respecto a las limitaciones de la RD que, como analiza Pablo Ornelas Rosa (2014) basándose en las ideas de Foucault, no logró ir más allá de la captura de la población por la biopolítica que producen las nociones de riesgo, vulnerabilidad, tratamiento y necesidad de cuidados de la salud de las personas que consumen drogas.

De todo modo, hay que hacer hincapié en el debate respecto a lo que estamos haciendo en el contexto de la gubernamentalidad neoliberal, si favoreciendo ésta o trabajando para fortalecer unas políticas públicas que, por lo menos, intenten contrarrestar los procesos de marginalización y vulnerabilización de los sectores sociales concernidos también por el uso de drogas.

Por fin, hay que señalar que nuestros análisis indican que las políticas de la RD transitan por caminos muy cercanos a los debates sobre derechos humanos, es-

pecialmente aquellos relacionados con las demandas por derechos civiles fuertemente marcados por el discurso y las prácticas políticas de los movimientos sociales en Brasil pos-dictadura militar, los cuales enfatizan la importancia de “marcadores sociales” como género, clase social, raza, edad y generación. En el campo del que discutimos, muchas veces, dichos marcadores son más bien tomados como “específicos” y no como transversales.

Señalamos, pues como necesario, seguir estudiando las políticas públicas que se han denominado pautadas por la RD para entenderlas y/o transformarlas, en la búsqueda de respuestas efectivas de cuidados junto a las personas que sufren problemas de salud relacionados con el consumo de drogas.

Aunque registremos la RD como una perspectiva emancipadora, posicionada desde un sitio que tensiona el saber-poder instituido en el campo de las drogas, concluimos que el proyecto de transformación social que se pretende llevar a cabo por la RD no se acepta sin críticas a su incorporación y desarrollo. Para pensar los derechos humanos de personas que consumen drogas desde la salud, es necesario tensionar este campo y rechazar maneras controladoras de comprender e intervenir.

Referencias

- Bastos, F. I. (2003). Redução de danos e saúde coletiva: reflexões e propósito das experiências internacionais e brasileira. En: C. Sampaio & M. Campos (Eds.), *Drogas, dignidade e inclusão social: A lei e a prática de redução de danos*. (pp. 15-41). Rio de Janeiro: Aborda.
- Beck, U. (1993). *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage.
- Bernardes, J. (2004). *O debate atual sobre a formação em psicologia no Brasil: permanências, rupturas e cooptações nas políticas educacionais*, Tese de Doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002a). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Gabinete do Ministro da Saúde, Brasília, Distrito Federal.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002b). Portaria nº 189, de 20 de março de 2002. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Gabinete do Ministro da Saúde, Brasília, Distrito Federal.
- Brasil. (2003). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Série E, Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2004a). *Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004b). *Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2007). *Relatório do Seminário Nacional sobre a Articulação das Ações de Redução de Danos no Âmbito do SUS*. Acessado em 28 de julho de 2015, em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/RELATORIO_Seminario_RD_nov.pdf
- Brasil. (2009a). *Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas: PEAD 2009-2011*. Brasília, DF.
- Brasil. (2009b). *Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010a). Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, Brasil.
- Brasil. (2010b). Presidência da República. Decreto Presidencial nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Redução de danos: construção de uma política intersectorial efetiva. En: E. Buning, M. Gorgulho, A. G. Melcop, P. O' Hare (Org.), *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição* (pp. 127-140). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012: define as diretrizes e funcionamento das equipes de Consultório de Rua. *Diário Oficial da União*, Brasília, Brasil.
- Brasil. (2015). *Observatório crack é possível vencer*. Acessado em 29 de julho de 2015, em <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html>
- Costa-Rosa, A., Yassi, S., Luzio, C. A. (2003). Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. En: P. Amarante (Org.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau.
- De Paula Souza, T. (2007). *Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento*, Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro.
- Fonseca, E. & Bastos, F. I. (2005). Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. En: G. Acselrad, *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos* (2. ed. – pp. 289-309). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Grunpeter, P., Ribeiro da Costa, T., Mustafá, M. (2007). O movimento da luta antimanicomial no Brasil e os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais. *Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia*, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Grup Igia. (2000). *Gestionando las drogas*. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad. Generalitat de Catalunya, Barcelona, España.
- Koda, M. Y. (2003). A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. En: P. Amarante (Org.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 67-88). Rio de Janeiro: Nau.
- Martins, S. (2003). Norma, desvio e uso de drogas: o contexto da busca da cidadania pela redução de danos. En: C. Sampaio & M. Campos (Org.), *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos* (pp. 101-114). Rio de Janeiro: ABORDA.
- Medeiros, R. & Cecchin, R. (2011). Marchas da maconha: para além da neblina sensacionalista. En: M. Moraes, R. Castro & D. Petuco (Orgs.), *Gênero e usos de drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde* (pp. 73-80). Recife: Instituto PAPAI.
- Miró, G. (2014). Daño social y políticas del Estado: un análisis de las políticas de drogas como causantes de grave daño social. *Revista Crítica Penal y Poder*, 7, 149-178.
- Moraes, M. (2005). *O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais*. Dissertação de Mestrado não publicada, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil.
- Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 13(1), 121-133.
- Moraes, M. (2012). Hombres, masculinidades y atención sanitaria en Brasil: una mirada de género sobre políticas públicas de Reducción de Daños, Tesis de Doctorado no publicada, Departamento de Psicología Social, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

- Moraes, M. & Barreto, A. (2012). Práticas clínicas e saúde mental pública: contribuições políticas e epistemológicas para um campo em formação. En: A. Barreto & J. Santos (Org.), *Saúde e drogas: por uma integralidade do cuidado ao usuário de substâncias psicoativas*. Recife: EdUFPE.
- Moraes, M., Castro, R., Santiago, C., Moura, H. (2007). Gênero e redução de danos: unificando bandeiras de luta dos movimentos sociais. En: *I Seminário Nacional de Gênero e Prática Culturais*, João Pessoa, Brasil. Acesado em 11 de mayo de 2012, en <http://www.itaporanga.net/genero/1/GT04/04.pdf>
- Moraes, M., Rameh, R., Campos, A. (2011). Ciudadanos en movimiento y ciudadanías escindidas: democracia, ciudadanía y movimientos sociales. *V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde*, São Paulo, Brasil.
- Nardi, H. & Rigoni, R. (2005). Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 273-282.
- Passos, E. H. & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162.
- Petuco, D. & Medeiros, R. G. (2009). *Redução de danos: dispositivo da reforma?* Acesado em 18 de febrero de 2012, en http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod_boletim=31
- Petuco, D. (2007). *No miolo do bagulho*. Os desdobramentos da acumulação flexível no trabalho em saúde: o caso dos redutores de danos, Monografia Bacharel de Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Petuco, D. (2010). Entre macro e micropolíticas: o movimento social de redução de danos e o campo político reflexivo das drogas. En: C. Goldman, A. L. S. Castro, A. R. Silveira, M. Batisti, M. Gorgulho, M. G. Gonçalves, J. Guerra. (Org.), *Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras* (pp. 75-88). Brasília: Conselho Federal de Psicologia, v. 1.
- Petuco, D (2011). Álcool e outras drogas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: reminiscências de uma observação muito participante. En: M. Moraes, R. Castro & D. Petuco (Orgs.), *Gênero e usos de drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde* (pp. 29-39). Recife: Instituto PAPAI.
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 4(3), 301-318.
- Romaní, O. (2013). Reducción de daños y control social ¿De qué estamos hablando? En: D. P. Dins Martínez Oro & J. Pallarés Gomez (Comps.), *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas* (pp. 103-116). Lleida: Milenio.
- Rosa, P. O. (2014). *Drogas e a Governamentalidade neoliberal: uma genealogia da redução de danos*. Florianópolis: Insular, 428p.
- Sepúlveda, M. (2011). *El riesgo como dispositivo de gobierno en el campo de las drogas: exotización, vicio y enfermedad*. Tesis doctoral, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona.
- Sepúlveda, M. & Romaní, O. (2013). Conceptualización y políticas de la gestión del riesgo. En: D. P. Dins Martínez Oro & J. Pallarés Gomez (Comps.), *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas* (pp. 89-102). Lleida: Milenio.
- Spink, M. J. (Org.) (1999). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. (2001). Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(6)1277-1311.
- Spink, M. J. (2010). Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 481-496.
- Spink, M. J. & Frezza, R. M. (1999). Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da Psicologia Social. En: M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações metodológicas* (pp. 17-40). São Paulo: Cortez.
- Strang, J. (2004). Uso de drogas y reducción de daños: respuestas a un desafío. En: H. Nick, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O’Hare, *La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo*. Barcelona: Publicaciones Grup Igja.

Dirección para correspondencia:

Maristela Moraes
 Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
 Avenida Juvêncio Arruda Universitário, 795 – Bodocongó
 CEP: 58429-600 – Campina Grande/PB
 E-mail: maristelammoraes@gmail.com

Recibido el 31/07/2015
 Revisado el 04/10/2015
 Aceptado el 12/11/2015