



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL - NPPS**

**O CUIDADO DE SI NA REDUÇÃO DE DANOS:  
UMA ANÁLISE HISTÓRICA, POLÍTICA E ÉTICA,  
A PARTIR DE MICHEL FOUCAULT**

Marcel Maia de Oliveira Gomes

Agosto – 2013  
São Cristóvão – Sergipe  
Brasil

**MARCEL MAIA DE OLIVEIRA GOMES**

**O CUIDADO DE SI NA REDUÇÃO DE DANOS:  
UMA ANÁLISE HISTÓRICA, POLÍTICA E ÉTICA,  
A PARTIR DE MICHEL FOUCAULT**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

Linha de Pesquisa: Processos de Subjetivação e Política

Orientador: Prof.º Dr. Marcelo de Almeida Ferreri

Agosto – 2013  
São Cristóvão – Sergipe  
Brasil

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Gomes, Marcel Maia de Oliveira

G633c O cuidado de si na redução de danos: uma análise histórica, política e ética, a partir de Michel Foucault / Marcel Maia de Oliveira Gomes; orientador Marcelo de Almeida Ferreri. – São Cristóvão, 2013.

110f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) -  
Universidade Federal de Sergipe, 2013.

1. Conduta. 2. Drogas - Abuso. 3. Cuidados pessoais com a saúde. 4. Medicina social. I. Michel Foucault. II. Ferreri, Marcelo de Almeida, orient. III. Título.

CDU 159.923.2:613.83



### ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aos vinte e três dias do mês de agosto de dois mil e treze, reuniram-se no Auditório de História do Centro de Educação e Ciências Humanas da Cidade Universitária Prof. José Aloísio de Campos, os professores membros da Comissão Examinadora Prof. Dr. Marcelo de Almeida Ferreri (orientador – UFS), Prof. Dr. Kleber Jean Matos Lopes (examinador interno - UFS) e a Profª Drª Flávia Cristina Silveira Lemos (examinadora externa - UFPA), para avaliar o trabalho intitulado **“O cuidado de si na redução de danos: uma análise histórica, política e ética, a partir de Michel Foucault”** do mestrando **MARCEL MAIA DE OLIVEIRA GOMES**. O Orientador, assumindo os trabalhos na qualidade de Presidente, passou a palavra ao candidato, para que ele expusesse sua Dissertação, informando que o mesmo dispunha de 30 (trinta) minutos para a apresentação, que cada examinador iria dispor de 20 (vinte) minutos para fazer arguições e que o candidato gozaria de 20 (vinte) minutos para responder aos questionamentos. Terminada a exposição do candidato, o Presidente passou a palavra aos membros da Comissão Julgadora, que iniciaram a arguição. Terminada a arguição, o candidato retirou-se do Auditório para que os membros da Comissão Julgadora atribuissem-lhe as notas. Logo em seguida, o Presidente anunciou que o candidato foi considerado APROVADO com conceito A, obtido a partir da média dos conceitos dos membros da Comissão Julgadora. O Presidente proclamou o candidato **MESTRE EM PSICOLOGIA SOCIAL**, devendo este resultado ser homologado pela Comissão da Coordenação de Pós-Graduação. Em seguida, o Presidente agradeceu aos membros da Comissão Julgadora e aos presentes e encerrou a sessão. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente Ata que vai assinada pelos membros da Comissão Julgadora. Cidade Universitária Prof. José Aloísio de Campos, 23 de Agosto de 2013.

Prof. Dr. Marcelo de Almeida Ferreri  
Orientador – UFS

Prof. Dr. Kleber Jean Matos Lopes  
Examinador interno - UFS

Profª Drª Flávia Cristina Silveira Lemos  
Examinadora externa - UFPA

Marcel Maia de Oliveira Gomes  
Candidato

Para mi solo recorrer los caminos que tienen corazón,  
cualquier camino que tenga corazón. Por ahí yo recorro,  
y la única prueba que vale es atravesar todo su largo. Y  
por ahí yo recorro mirando, mirando, sin aliento.

– Dom Juan (Carlos Castaneda)

## AGRADECIMENTOS

**A**pós dois anos e alguns meses dedicados à elaboração desse estudo, não poderia deixar de agradecer às pessoas próximas que em muito colaboraram para a articulação de pensamentos e a problematizar questões pertinentes à pesquisa. Amigos que se fizeram presentes em vários momentos, compartilhando dúvidas, angústias e sorrisos.

Quero agradecer aos parresiasistas [e futuros atores] por terem topado construir o grupo de leitura mais bacana que já participei. Certamente, esse trabalho é também de vocês:

**Tiago (James):** Meu grande filho Íon! Obrigado pelas colocações sempre pertinentes e pela composição da trilha sonora.

**Laís:** Por ter interpretado Dion de forma genial, moderando o tirano em momentos marcantes da trama.

**Luiz Paulo:** Também conhecido por Dionísio, pelos trocadilhos e por me mostrar o futebol arte.

**Paula Libório:** Grande pedagogo! Obrigado por nos permitir conhecer essa risada contagiante.

**Bruna:** Aparecendo no momento decisivo para legitimar a verdade e falar por Apolo, muito obrigado Atena.

**Thiago Ranniery:** Pelas inúmeras contribuições nas discussões do grupo, pelo café, pelo brigadeiro de bis, pela amizade.

Agradecer aos estimados “caras” – **Elen Naiara, Elton e Lázaro** – pelas risadas proporcionadas desde a graduação em Psicologia, extensas conversas, sinceridade e companheirismo.

Agradecer à minha doce amada **Izabel**. Muito obrigado pelo carinho, compreensão, palavras e gestos que em muito significam afeto e amor! Não poderia deixar de agradecer também pelo suporte técnico na formatação do trabalho.

A turma do mestrado em Psicologia Social de 2011, em especial a **Beatriz, Nedelka, Lidiane e Gustavo**, pelas discussões e inquietações decorrentes no processo de pesquisa.

**Priscila Karine** pela paciência e sorriso no rosto para resolver questões burocráticas.

**Wesley Siqueira** por proporcionar momentos de descontração com as emocionantes partidas de videogame.

**Aldiléia Lemos**, Psicóloga e Coordenadora do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) em que trabalho, por permitir as horas quebradas em virtude das aulas do mestrado.

As Professoras **Teresa Nobre e Lívia Godinho**, pelos questionamentos e indicações de leitura.

Ao Professor **Marcelo Ferreri**, pela dedicação, sinceridade e compromisso. Muito obrigado pela leitura atenta e perspicaz, pelas sugestões de pesquisa, pela cobrança. E, para além de tudo isso, obrigado pela amizade!

Ao Professor **Kleber Matos**. Muito obrigado pelo companheirismo, pelas contribuições no grupo de leitura, pelas recomendações, e por acompanhar a pesquisa desde a graduação.

A Professora **Flavia Lemos**. Obrigado pela leitura do trabalho e participação na banca de defesa.

## **RESUMO**

A presente pesquisa discute o cuidado de si enunciado nas estratégias de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas. Tais estratégias intitulam-se potencializadoras de uma postura ética, pois possibilita a esses usuários de drogas tornarem-se, então, protagonistas de suas próprias ações, e adquirir liberdade em suas escolhas, em suas decisões de vida. A partir dessa afirmação, e em face ao pensamento de Michel Foucault, a pesquisa questiona se o cuidado de si da redução de danos seria condizente a uma dimensão ético-libertadora, ou a um imperativo moral do cuide-se no campo das práticas de saúde. As análises percorrem um caminho que compreende a articulação de três planos de investigação: um histórico, um político e um ético, construídos ao mesmo tempo em que se atravessam. A investida histórica apresenta as primeiras formulações de uma noção de medicina social na Alemanha, na França, na Inglaterra e no Brasil, bem como suas relações com a noção de polícia médica, práticas de militarização e biopolítica. No plano político são analisados dilemas traçados entre as instâncias jurídicas e da saúde ao tratar da questão das drogas. Em meio às discussões históricas e políticas, a pesquisa levanta a hipótese de que as práticas de redução de danos condizem a uma atualização da medicina social. O plano ético põe em questão os enunciados do cuidado de si presentes nas estratégias de redução de danos, contrapostas à articulação ética e política no pensamento de Foucault em sua pesquisa histórica da Antiguidade.

**Palavras-chave:** Cuidado de si; Redução de danos; Michel Foucault.

## **ABSTRACT**

This study discusses self-care enunciated in harm reduction strategies targeted at drug users. Such strategies call themselves potentiating an ethical stance, as it allows these drug users become then the protagonists of their own actions, and gain freedom in their choices in their life decisions. From this statement, and in the face at Michel Foucault's thought, the survey asks whether the self-care of harm reduction would be related to an ethical dimension liberating, or a moral imperative of care in the field of health practices. Analyzes run through a path that include the articulation of three research plans: a history, a politician and ethical, built at the same time that cross. The onslaught historical presents the first formulation of a notion of social medicine in Germany, France, England and Brazil, as well as their relationships with the notion of medical police, practices militarization and biopolitics. On the political dilemmas are analyzed instances drawn between legal and health to address the issue of drugs. Amid the political and historical discussions, research hypothesizes that practices harm reduction meets an update of social medicine. The plan calls into question the ethical statements of self-care strategies present in harm reduction, opposed to the joint ethics and politics in Foucault's thought in its historical research of antiquity.

**Keywords:** Care of Themselves; Harm Reduction; Michel Foucault.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I: MEDICINA SOCIAL E POLÍCIA MÉDICA .....	26
1.1 Medicina social alemã e a polícia médica .....	27
1.2 Medicina social, urbanismo e assistencialismo .....	38
CAPÍTULO II: MEDICINA SOCIAL NO BRASIL E AS CONDIÇÕES HISTÓRICAS PARA AS AÇÕES EM REDUÇÃO DE DANOS DIRECIONADAS AOS USUÁRIOS DE DROGAS .....	44
2.1 Medicina social no Brasil: urbanismo, militarização e higienismo.....	45
2.2 A questão das drogas no Brasil: caso de saúde pública, caso de polícia.....	52
2.3 Redução de danos aos usuários de drogas .....	60
CAPÍTULO III: CUIDADO DE SI EM MICHEL FOUCAULT .....	75
3.1 Cuidado de si e o problema da moral na Grécia Antiga.....	78
3.2 Algumas distinções no cuidado de si Greco-romano .....	86
3.3 Ética e política a partir do cuidado de si.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	104
REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICOS .....	107

## INTRODUÇÃO

Meu papel – mas esse é um termo muito pomposo – é mostrar às pessoas que elas são muito mais livres do que pensam, que elas tomam por verdadeiros, por evidentes certos temas fabricados em um momento particular da história, e que essa pretensa evidência pode ser criticada e destruída.

– Michel Foucault

O anteprojeto inicial dessa pesquisa, intitulado “Um estudo exploratório de possíveis relações entre as práticas de redução de danos e a noção do cuidado de si”, advinha de uma inquietação manifestada desde a elaboração do meu trabalho monográfico, cujo título era o mesmo, apresentado em dezembro de 2010 ao final da graduação no curso de Psicologia, na Universidade Federal de Sergipe. Naquele momento, a proposta da pesquisa monográfica foi elaborada quando, em uma visita, por acaso, ao endereço eletrônico<sup>1</sup> da Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA) no ano de 2009, percebi que um dos links contidos em sua página principal chamava-se Cuidado de si. Ao clicá-lo, surgiu a seguinte elaboração textual:

A Redução de Danos, hoje, constitui-se em um conjunto de políticas públicas ligadas ao enfrentamento dos eventuais problemas relacionados ao uso de drogas, articulando distintas realidades: prevenção ao HIV/Aids e hepatites, promoção integral de saúde às pessoas que usam drogas e diminuição da violência. Tal articulação consiste no apoio/incentivo ao protagonismo das pessoas que usam drogas, na busca pelo cuidado de si e manejo do seu uso de drogas. Não se afaste de você. Cuide-se. Curta-se. Converse consigo mesmo, e com seu corpo. Assuma o controle (ABORDA, s/d).

Até então, pouco sabia sobre o que tratavam as ações de Redução de Danos (RD), muito menos quais seriam as suas propostas. Tamanha ignorância me

---

<sup>1</sup> Hoje o endereço [www.abordabrasil.org](http://www.abordabrasil.org) não se encontra disponível. Entretanto, algumas informações que se faziam presentes nesse endereço ainda podem ser encontradas no Portalsida: [http://www.portalsida.org/Organisation\\_Details.aspx?orgid=2121](http://www.portalsida.org/Organisation_Details.aspx?orgid=2121). Encontram-se também menções ao cuidado de si visto pela ABORDA no endereço [www.wikipedia.org.br](http://www.wikipedia.org.br).

impulsionou a procurar sobre o assunto. Acesso o portal do Ministério da Saúde e encontro um documento disponível para download – Drogas e Redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde (2008). Este documento dizia que a RD pode ser considerada um paradigma, uma abordagem ou uma perspectiva, e é utilizada para proporcionar uma reflexão ampliada sobre a possibilidade de diminuir danos relacionados a alguma prática que cause ou possa vir a causar danos. Além disso, seu discurso valoriza a prática de ações e estratégias de proteção, cuidado e autocuidado, possibilitando mudanças de atitudes dos usuários de drogas<sup>2</sup> frente às situações de vulnerabilidade (BRASIL, 2008).

Temos assim que a redução de danos se pauta em uma estratégia do cuidado, em uma possibilidade de exercício do autocuidado, na qual deve ser respaldado o protagonismo do usuário de drogas. A partir dessa leitura, comecei a imaginar uma possível relação entre esses enunciados da redução de danos e os últimos estudos de Michel Foucault acerca da noção de cuidado de si: quais os possíveis entendimentos do cuidado de si enunciados pela redução de danos? Tais entendimentos teriam relações (semelhanças ou diferenças) com a noção de cuidado de si das civilizações greco-latinas como este autor nos fez conhecer? Ampliando o escopo de questionamento, seria o cuidado de si da redução de danos condizente a uma dimensão ético-libertadora, ou a um “imperativo moral do cuide-se” no campo das práticas de saúde?

Destarte, a proposta da presente pesquisa é discutir o cuidado de si enunciado nas estratégias de redução de danos, as quais fazem parte da Política Nacional Sobre Drogas, posta em prática a partir da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) e o Ministério da Saúde, em face ao pensamento de Michel Foucault, especialmente no que tange aos seus estudos em torno das noções de cuidado de si em suas várias formas. Eis que surge o problema da pesquisa, um problema ficcional, especulativo.

Ficcional, pois vale frisar que em meio aos textos e bibliografias que tratam do cuidado de si nas estratégias de redução de danos, nenhum deles faz alusão ao filósofo-historiador francês, muito menos à cultura do cuidado de si que marcou o período

---

<sup>2</sup> O Ministério da Saúde segue a mesma definição proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca do termo “drogas”, a saber, toda e qualquer substância não produzida pelo organismo e que tenha a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento (BRASIL, 2011).

helenístico, séculos I-II d.C. Portanto, temos um problema de pesquisa formulado, até então, a partir de enunciados discursivos que não se comunicam diretamente e conjecturas possíveis.

Muito embora pareça um devaneio buscar relações entre épocas tão díspares e atravessadas por inúmeros dispositivos (redes discursivas diferenciadas), a ficção/especulação pode ser incentivada por dois aspectos. O primeiro deles é condizente ao fato de que os escritos de Michel Foucault já foram utilizados em formulações políticas contemporâneas, como a apropriação marcante do seu livro *História da Loucura* (1961) para inspirar o movimento da Reforma Psiquiátrica em diversos países, inclusive no Brasil. Foucault, numa entrevista concedida a *La Presse de Tunisie* em 1971, ao saber da citação da sua tese de doutorado por Franco Basaglia, teceu o seguinte comentário:

[...] há alguns anos se desenvolve na Itália, em torno de Basaglia, e na Inglaterra, um movimento que se chama antipsiquiatria. Essas pessoas [...] viram no livro que escrevi uma espécie de justificação histórica e de algum modo o assumiram [...] e eis que um livro histórico está em vias de ter uma espécie de resultado prático [...]. Digamos, então, que eu estou um pouco invejoso e que agora gostaria de fazer eu mesmo as coisas. Em lugar de escrever um livro sobre a História da Justiça que depois será retomado por pessoas que porão, na prática, a justiça em questão, eu gostaria de começar por problematizar, na prática, a justiça e depois [...] se ainda estiver vivo e não tiver sido posto na prisão, bem, escreverei o livro (FOUCAULT, 1994, p.209, apud RODRIGUES, 2011, p.8).

Numa outra entrevista, concedida a Paul Rabinow em 1984, Foucault discorre acerca de um “nós” que reverberou com a leitura da *História da Loucura*:

Não estou certo [...] de que no momento em que eu escrevia *História da Loucura* houvesse como que um nós prévio e acolhedor [...] do qual ele seria a expressão espontânea. Entre Laing, Cooper, Basaglia e eu mesmo não havia qualquer comunidade [...]. Mas o problema se colocou para os que nos haviam lido, colocou-se também para alguns de nós, de saber se seria possível constituir um nós a partir do trabalho feito (FOUCAULT, 1994, p.594, apud RODRIGUES, 2011, p.9).

Nesse sentido, o uso dos escritos foucaultianos em meio às políticas de saúde pode estar relacionado ao fato de que muitos dos seus escritos estão aliados a uma perspectiva de desnaturalização dos objetos pesquisados, o que permitiu a Foucault

elaborar uma forma singular de escrever a história, à qual intitula “história do presente”. Seu campo profícuo de análises e pesquisas históricas costuma ser pautado em questionamentos e conceitos filosóficos, tendo em vista o tempo presente, problematizando o presente.

Entretanto, o próprio Foucault afirma, em mais uma de suas entrevistas, desta vez concedida a D. Trombadori em 1978, que nunca escreveu nada além de ficções:

[...] As pessoas que me leem, em particular as que apreciam o que faço, dizem-me com frequência sorrindo: No fundo, você bem sabe que o que diz não é senão uma ficção. Ao que sempre respondo: Certamente, qualquer questão não pode ser outra coisa além de ficções (FOUCAULT, 2010a, 292).

Além de ficções, Foucault se preocupou em frisar que seus escritos não preveem o futuro: “*É inteiramente verdade que me recuso* – quando escrevo um livro – a tomar uma posição profética que consiste em dizer às pessoas: eis aí o que vocês devem fazer; *ou então, isso é bom, isso não é bom*” (FOUCAULT, 2006a, p.279).

A partir da pontuação desses enunciados de Michel Foucault, a presente pesquisa lança uma analogia, guardadas as configurações sócio-históricas de cada uma, entre o suposto embasamento teórico dado pela História da Loucura ao movimento da Reforma Psiquiátrica, e a atual possibilidade do uso do termo “cuidado de si” provocar uma “circulação” do filósofo-historiador francês nas estratégias de redução de danos no campo da saúde.

O segundo aspecto que alimenta o problema ficcional da pesquisa refere-se à relação entre a dimensão ética dos enunciados da redução de danos, que se considera potencializadora de uma postura ética frente ao usuário de drogas, possibilitando-o tornar-se, então, protagonista de suas próprias ações, adquirindo liberdade em suas escolhas, nas suas decisões de vida (ABORDA, s/d); e a discussão ética presente nos últimos escritos de Foucault. Nestes escritos, ética é entendida como prática da liberdade que o indivíduo tinha para ocupar-se consigo mesmo, desenvolver práticas de si, cuidar-se. A partir disso, tem-se um dos questionamentos que norteiam o presente trabalho: teria o protagonismo ao qual o usuário de drogas se vê convocado a assumir por meio das estratégias de redução de danos, bem como os enunciados de liberdade,

ética e cuidado de si destas estratégias, alguma relação com escritos foucaultianos acerca da noção de cuidado de si nas civilizações antigas?

Nesse sentido, os questionamentos postos na pesquisa se posicionam mediante uma relativa diferenciação entre as experiências<sup>3</sup> históricas dos sujeitos consigo mesmos, tanto nas civilizações Greco-romanas quanto nas singularidades da experiência contemporânea que dizem de um cuidado de si nas práticas de redução de danos. Essa proposta demanda uma possibilidade de problematizar o tempo presente, haja vista que as questões que Foucault tece em seus últimos estudos devem ser entendidas tanto por seus aportes e profundidades históricas, quanto pelas dimensões éticas e políticas que suscitam. Por exemplo, quando Foucault insiste em pesquisar sobre a amplitude das práticas de si, dos exercícios do cuidado de si, bem como os sentidos políticos e éticos atribuídos pelos antigos a estas práticas do cuidado de si, estima a partir disso, minimamente, chamar atenção para a seguinte questão: como escapar das formas de dominação contemporânea? Formas estas que nos são muitas vezes invisíveis, imperceptíveis que nos constroem a adquirir determinada forma de corpo, a pensar diferente daquilo que muitas vezes queremos, a aceitar certas formações morais centradas na obediência a verdades produzidas e localizadas em instâncias (e/ou instituições) que nos atravessam (sejam verdades médicas, científicas, religiosas, pedagógicas) e, sobretudo, nos impõem culpabilizações. Por conseguinte, foi fundamental à pesquisa utilizar dos entendimentos que Michel Foucault elaborou sobre história, história do presente, bem como as aproximações que produziu entre ontologia e história.

Em muitos dos seus textos, Foucault não cansava de tecer críticas à História tradicional, também conhecida como a história dos grandes nomes, dos grandes feitos, das figuras mais ilustres. História que narra o passado seguindo uma linearidade dos fatos. Preocupada em narrar fatos passados de forma contínua até o presente, essa história faz crer que todos os acontecimentos narrados deveriam obedecer a uma concatenação lógica, e que os diversos “por quês” que se fazem no presente devem ser respondidos através de fatos que se deram no passado. Por conseguinte, o papel do

---

<sup>3</sup> Quando a presente pesquisa menciona as expressões ‘experiência histórica’ e ‘experiência ética’, entende a dimensão coletiva à qual estão sujeitos todos os indivíduos em um tempo, uma cultura; estando em questão as relações com a verdade e do sujeito consigo mesmo, formas de acesso à verdade e ao conhecimento de si. Mais sobre isso cf. CASTRO, 2009.

historiador seria descrever a totalidade dos fatos, transmitindo-os de forma sequenciada: se atribuía como tarefa definir relações de causalidade simples e determinações singulares entre fatos ou acontecimentos datados – tratava-se de precisar a vizinhança em cada elemento da série em estudo.

Outro tipo de história, defendido por Foucault, segue a esteira da Escola dos Annales<sup>4</sup>, e parte da desconstrução do entendimento de história como ciência do passado. Um dos fundadores dos Annales, Marc Bloch, propunha que se definisse história como a “ciência dos homens no tempo”, aproximando-a das práticas sociais. Nesse sentido, a leitura que essa nova história realiza do mundo se articula sobre uma vontade de transformá-lo. O que se quer não é olhar para o passado visando encontrar respostas para questões presentes, mas sim problematizar esse presente, numa tentativa de compreender nossas relações com o tempo em que vivemos.

O que interessava a Foucault nessa nova história era a possibilidade de romper com a homogeneização totalizante das linearidades da história tradicional. Para tanto, entende a noção de acontecimento como algo oposto à noção de criação, uma vez que são atravessados por relações de forças, encontros, estratégias que permitem formar, em um dado momento histórico, aquilo que se tomará como evidente. Esse tipo de história se caracteriza por realizar cortes em determinadas épocas com o intuito de estudar, em profundidade, problemas colocados, elaborar os períodos a serem estudados em séries, operar rupturas e descontinuidades. Suas palavras anunciavam um tom de recusa à história tradicional:

Denunciaremos, então, a história assassinada, cada vez que em uma análise histórica – e sobretudo se se trata do pensamento, das ideias ou dos conhecimentos – vimos serem utilizadas, de maneira demasiado manifesta, as categorias da descontinuidade e da diferença, as noções de limiar, de ruptura e de transformação, a descrição das séries e dos limites. Denunciaremos um atentado contra os direitos imprescritíveis da história e contra o fundamento de toda historicidade possível (FOUCAULT, 2008d, p.16).

---

<sup>4</sup> A Escola dos Annales foi um movimento historiográfico francês fundado por Lucien Febvre e Marc Bloch em 1929 a partir do lançamento do periódico *Annales d'histoire économique et sociale*. Esse movimento objetivava romper com a visão positivista da história tradicional, tida como crônica de acontecimentos, substituir o tempo breve da história dos acontecimentos pelos processos de longa duração, entendendo que tempo histórico apresenta ritmos diferentes para os acontecimentos, os quais podem ser de simples acontecimento, conjuntural ou estrutural (LE GOFF, 2003).

Uma perspectiva histórica que trabalha com a noção de descontinuidade permite um debruçar-se diante da multiplicidade dos acontecimentos, produzir diferenças e entender que tudo aquilo que chega aos nossos ouvidos como evidentes, são passíveis de questionamentos quanto ao estatuto de verdade.

Em seus escritos e palestras, Foucault não escondia sua preocupação com o presente, tendo empreendido um pensamento de ação. Buscava, por meio de suas incursões no campo da história, problematizar o presente como alternativa para tratar de questões que lhe eram prementes. Aqui, é interessante ressaltar dois aspectos: primeiramente, que o objeto em questão na presente pesquisa, o cuidado de si, não deve ser tratado como um conceito. Em Castro (2009), o termo cuidado de si aproxima-se, em significação, aos vocábulos “tema”, “expressão” e “problemática”. O próprio Foucault pontua de forma clara, logo nas primeiras páginas da aula inaugural do curso A hermenêutica do sujeito (1982), a dificuldade que suas pesquisas se depararam para encontrar um conceito sobre o mesmo. Por conseguinte, considera que o cuidado de si mesmo deve ser compreendido como *“uma noção grega bastante complexa e rica, e que perdurou longamente em toda a cultura grega”* (FOUCAULT, 2010b, p. 04).

O segundo aspecto, além de interligado ao anterior, remete à relação que Foucault estabelece para com os usos conceituais ao longo de suas obras, uma vez que considera de suma importância o investimento de pesquisa em torno dos enunciados, os quais podem por em questão a veracidade de conceitos. Nesse sentido, descrevo um trecho do livro A arqueologia do saber (1969), no qual Foucault trata sobre a formação dos conceitos: *“Antes de querer repór os conceitos em um edifício dedutivo virtual, seria necessário descrever a organização do campo de enunciados em que aparecem e circulam”* (FOUCAULT, 2008d, p.62).

Em Machado (1981), ao mostrar a diferença da perspectiva foucaultiana em relação à epistemologia, há também uma significativa passagem sobre essa questão:

Pretendemos, portanto mostrar que a história arqueológica, retomando alguns princípios de análise da epistemologia, será levada a produzir uma série de deslocamentos metodológicos para dar conta da especificidade de seu objeto; démarche que implicará tanto o abandono da ciência como objeto privilegiado quanto à conservação da exigência filosófica de realizar uma análise conceitual (MACHADO, 1981, pp. 11-12).

As análises históricas propostas por Foucault voltavam-se para o que ele designou a “acontecimentalização” (événementialisation) da história dos processos de subjetivação na cultura ocidental. A “acontecimentalização” repercute numa crítica da atualidade, numa ontologia do presente a partir da qual a análise histórico-filosófica assumiria seu papel ético e político de intervir no âmbito das relações de poder que concorrem para a formação do sujeito no âmbito da modernidade ocidental. Segundo o próprio Foucault:

Meu projeto não é o de fazer um trabalho de historiador, mas descobrir por que e como se estabelecem relações entre os acontecimentos discursivos. Se faço isso é com o objetivo de saber o que somos hoje. Quero concentrar meu discurso no que nos acontece hoje, no que somos, no que é nossa sociedade. Penso que há, em nossa sociedade e naquilo que somos, uma dimensão histórica profunda e (...) os acontecimentos que se produziram a séculos ou há anos são muito importantes (...) Em um certo sentido não somos nada além daquilo que foi dito há séculos, meses, semanas (FOUCAULT, 2006a, p. 258).

Nas primeiras páginas de seu livro *Arqueologia do Saber*, Foucault nos fala de uma mutação da história. Mutações estas que rompia com o modo tradicional de se fazer história (a História para os filósofos): recheada de grandes personagens, preocupada em documentar os fatos, em guiar-se através de uma linha contínua de raciocínio, em descobrir, a partir de documentos, a origem dos fatos e a Verdade. Ao contrário da História tradicional, Foucault defende uma história que se realiza na medida em que permite uma historicidade dela mesma. A historicidade teria então, por função, mostrar que aquilo que é nem sempre foi. Além disso, sua relação com a história dá-se a partir de problemas colocados no tempo presente, mas cuja resolução exige do historiador uma volta ao passado.

Para Foucault, voltar ao passado não significa dizer que lá [no passado] serão encontradas as respostas ou resoluções dos problemas do tempo atual, pois se assim o fosse ainda estaríamos nos reportando à história tradicional, que visualizava o passado como fonte embrionária – local da origem dos fatos. Essa volta ao passado defendida por Foucault é dotada de uma nova relação, provoca um deslizamento de sentido; repete diferencialmente, colocando relatos em novos contextos de fala; provoca

estranhamentos em relação ao sentido consagrado. Foucault segue a esteira dos pensamentos filosóficos de Nietzsche, partilhando o ponto de vista que toma a história como uma atividade capaz de destronar ídolos e deuses, que visa inquietar o pensamento e o poder. Destarte, poderes, saberes e verdades estão articulados, e o passado, nada mais é do que um local de emergências de forças conflituosas (FOUCAULT, 2008d).

Por conseguinte, a historicidade permite uma ontologia histórica do tempo que nos é atual, possibilitando uma reflexão sobre nossas práticas, ao passo que se constitui numa atividade política e libertadora, pois, a possibilidade de problematizar a atualidade não recai na obrigação da busca de um diagnóstico para aquilo o que somos, para os objetos que criamos, ou o modo que nos relacionamos com esses objetos, mas sim em apontar a direção daquilo em que estamos nos tornando (RAGO, 2005).

Em sintonia com ferramentas presentes na obra de Foucault, a presente pesquisa percorre um caminho que compreende a articulação de três planos de investigação: um histórico, um político e um ético. A escolha de trilhar por entre perspectivas tanto históricas, políticas, quanto éticas apresenta dois desafios. O primeiro consiste em não sugerir que história, política e ética sejam planos incomunicáveis, fechados em si; o que implica em atentar-se para não descuidar das íntimas articulações entre esses planos. Já o segundo desafio consiste no risco de não perder de vista o objeto em análise (cuidado de si) ao longo do processo, uma vez que em determinados momentos da elaboração textual, tinha-se a impressão de que a pesquisa não só apresentava três planos de investigação como também três grandes segmentos que exibiam dificuldades em dialogar entre si. Os desafios consistem, portanto, em construir uma tessitura entre esses planos – fazer com que as problematizações emersas a partir das leituras encontrassem um meio para se comunicar e que, por conseguinte, pudessem atravessar umas as outras.

Diante dos desafios anunciados, utilizei como ferramentas de apoio os próprios escritos de Michel Foucault, tendo em vista que os mesmos oferecem possibilidades de fazer dialogar na pesquisa seus diferentes planos. Primeiramente, Foucault elaborou muitos estudos inspirados em procedimentos que escavassem verticalmente camadas descontínuas de discursos já pronunciados, por vezes de discursos do passado, a fim de trazer à luz fragmentos de ideias, conceitos que favorecessem a entendimentos de

questões que nos soam atuais. Portanto, tem-se aqui uma importante contribuição no tocante à problematização dos enunciados do cuidado de si nas práticas de redução de danos, posto em questão a consonância desse cuidado de si com aquele que Foucault nos apresentou em seus últimos livros e cursos no Collège de France.

Seus escritos também favorecem compreender processos pelos quais os indivíduos tornam-se sujeitos a certos processos de objetivação operados no interior de redes de poder, que os capturam, os dividem, os classificam. Para Foucault, poder nada mais seria do que uma relação historicamente construída capaz de explicar como os saberes são produzidos, fabricados, inventados e como nos constituímos por meio da articulação entre poder-saber. Essas características dos estudos foucaultianos estão presentes na formulação dos três planos de investigação que estruturam a pesquisa.

Em sua perspectiva histórica, a pesquisa traça um levantamento de práticas da medicina social desenvolvida em alguns países europeus, percebendo suas relações com o conceito de polícia médica, bem como essas práticas foram incorporadas e desenvolvidas aqui no Brasil – atreladas a dispositivos higienistas, urbanistas e militaristas (COSTA, 1979).

Esse investimento de pesquisa nas práticas de medicina social nos serve para salientar, a partir de análises tanto históricas quanto políticas implicadas, relações entre os saberes médicos e o poder do Estado, pontuando momentos em que este passou a se preocupar com a saúde da população – não apenas eliminando enfermidades, mas cuidando da vida dos indivíduos. De certa forma, a pesquisa levanta a hipótese de que os atuais enunciados das práticas de redução de danos, direcionados aos usuários de drogas, investidos em favor do protagonismo, da busca por um cuidado de si, estratégias de proteção e de autocuidado participam de uma atualização das práticas de medicina social. Nesse sentido, entende-se que a RD passa, enquanto estratégia de Estado, a utilizar-se de mecanismos que agem em favor do cuidado da vida dos usuários de drogas: para o Estado, estes devem aprender a cuidar de si mesmos, nem que para isso seja preciso regulá-los de forma mais ostensiva. Convém lembrar que a ação por meio da força e de violências, física e psíquica, não se caracteriza como algo inusitado ao cenário das políticas públicas brasileiras historicamente direcionadas às ditas mazelas sociais, as quais envolviam mendigos, alcoólatras e doentes mentais.

Outras incursões históricas são traçadas percorrendo momentos das políticas destinadas aos usuários de drogas, principalmente no Brasil, com o intuito de marcar a linha tênue entre segurança pública e saúde pública que comumente distingue os tratamentos destinados a tais usuários. Quando analisamos através de uma perspectiva histórica, vemos que esses tratamentos foram, ao mesmo tempo, perpassados por um viés moralizador, muito embora os enunciados colocados nos últimos anos pelas políticas sobre drogas no Brasil chamem atenção para um suposto trato ético, potencializador da vida e da dignidade dos usuários de drogas. Assim sendo, serão descritos aspectos que vieram a configurar a atual Política Nacional Sobre Drogas no país, destacando desde as primeiras investidas das ações de redução de danos até a sua institucionalização, tornando-se política oficial de Estado.

No plano político que perpassa a questão das drogas, na relação dos usuários com as mesmas, nos tratamentos destinados, a pesquisa atenta para as relações de poder estabelecidas entre Estado e sociedade, bem como as ferramentas e os dispositivos suficientemente capazes de gerenciar, descartar e/ou produzir vidas. Nesse sentido, podemos visualizar o exercício de biopoderes (poder sobre a vida) incidindo sobre os usuários de drogas por meio de práticas militares, higienistas, além de moralizantes, tais como as recentes intervenções do Estado para com os usuários de drogas, realizadas em algumas cidades brasileiras, as quais culminaram em internações compulsórias.

Ao referir um exercício de poder que incide sobre a vida, estamos nos reportando ao desenvolvimento da noção de biopoder que nos é apresentada por Foucault no curso ministrado no Collège de France, *Em Defesa da Sociedade* (1976), e em seu primeiro tomo da *História da Sexualidade – A vontade de saber* (1976), a qual partiu de contrapontos em relação à figura e exercício do poder soberano (século XVI) – dotado do direito de vida e de morte, capaz de retirar a vida de seus filhos, os escravos, uma vez que ele a tinha “dado”. Logo, o poder soberano representava o direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos, da vida: fazer morrer e deixar viver.

Entretanto, a partir do século XVII, tais mecanismos de poder iniciaram certo deslocamento em direção à produção de forças que tendem a agir “positivamente” sobre a vida, empreendendo sua gestão, regulação e multiplicação: a velha potência da morte

que simbolizava o poder soberano passa a ser cuidadosamente recoberta pela administração calculista dos corpos e da vida. Nas palavras de Foucault:

O princípio: poder matar para poder viver, que sustentava as táticas dos combates, tornou-se princípio de estratégia entre Estados; mas a existência em questão já não é aquela – jurídica – da soberania, é outra – biológica – de uma população. Se o genocídio é, de fato, o sonho dos poderes modernos, não é por uma volta, atualmente, ao velho direito de matar; mas é porque o poder se situa e exerce ao nível da vida, da espécie, da raça e dos fenômenos maciços da população (FOUCAULT, 2009a, pp.149-150).

Esse poder positivo sobre a vida, incumbido de uma nova expressão concisa, a saber, fazer viver e deixar morrer, adquire maiores proporções em termos de atuação sobre os corpos no século XVII, e para tanto fez uso de dois polos conectados de desenvolvimento: o primeiro destinou suas forças num corpo enquanto máquina, adestrando o indivíduo, fazendo crescer sua utilidade e docilidade – momento das tecnologias disciplinares / da anátomo-política do corpo humano; um segundo polo (que teve seu desenvolvimento a partir da segunda metade do século XVIII) enxerga o corpo enquanto espécie, pois coloca em questão os processos biológicos que atravessam o ser vivo: natalidade, mortalidade, qualidade e expectativa de vida. Não obstante, esses processos são intensamente acompanhados por diversos mecanismos de controle sobre a população, naquilo que Foucault denominou por biopolítica:

As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. A instalação – durante a época clássica, desta grande tecnologia de duas faces – anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltadas para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida – caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo (FOUCAULT, 2009a, p. 152).

Em conformidade a um poder que se afirma positivamente sobre a vida dos usuários de drogas, lê-se nos enunciados atuais que tratam das práticas de redução de danos no texto-base da Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003), a tarefa de reconhecer cada usuário em sua singularidade, e propor estratégias individuais que visem à defesa de suas próprias vidas. O texto afirma ainda que:

Este é o compromisso da saúde: fazer proliferar a vida, e fazê-la digna de ser vivida. Este é o compromisso do Ministério da Saúde: criar e manter equipamentos, qualificar seus profissionais, formular políticas de saúde em articulação com outras áreas afins, executar e avaliar tais políticas assumindo o que lhe cabe no enfrentamento do que faz adoecer e morrer (BRASIL, 2003, p. 11).

Por fim, um terceiro aspecto sobre os escritos foucaultianos que contribuem para a pesquisa é o fato de encontrarmos, principalmente em seus últimos escritos, problematizações tanto éticas quanto políticas acerca da possibilidade dos indivíduos tornarem-se capazes do exercício da autonomia e da liberdade, mesmo quando se tem diante de si uma série de dispositivos e ferramentas de controle das vidas e das subjetividades. Nesse sentido, a pesquisa se debruça em um plano de análise ética quando trata dos pontos referentes à noção do cuidado de si apresentada nos últimos estudos e escritos desse filósofo-historiador, marcando ainda seus entendimentos acerca da moral e da ética, bem como a relação desta com o que entendia por liberdade do sujeito. Tal análise buscará articulações com os enunciados das atuais estratégias de redução de danos destinadas a usuários de drogas, indagando seus discursos sobre o trato ético ao qual o redutor de danos deve oferecer ao usuário; o discurso enunciado pela RD que defende não discriminar o usuário de drogas, o que denota um suposto respeito à relação do usuário para com as drogas que utiliza e do usuário para consigo mesmo; o protagonismo e o cuidado de si que cada usuário pode desenvolver por meio das ações de redução de danos propostas pelo Estado.

Tem-se assim, a um só tempo, aspectos históricos por relacionar dados da cultura do cuidado de si, na Antiguidade que nos é trazida por Foucault, frente à noção de cuidado de si posta pela redução de danos; políticos, uma vez que põem em discussão as estratégias de redução de danos da atual Política Nacional Sobre Drogas; e éticos, ao estabelecer frente à questão das drogas relações com os seguintes elementos: ética, moral, liberdade, protagonismo e cuidado de si.

Este estudo tem como objetivos problematizar o cuidado de si nas ações de redução de danos, sua presença na trajetória da RD desde um campo marginalizado até tornar-se uma política de Estado, seus enunciados a favor da liberdade, protagonismo e cuidado de si dos usuários de drogas, bem como constituir uma reflexão das possíveis relações (aproximação ou distanciamento) entre as práticas de redução de danos e a

noção de cuidado de si dos antigos apresentada por Foucault. Nesse sentido, essa proposta de estudo se faz condizente aos objetivos da linha de pesquisa, do mestrado em Psicologia Social, “Processos de subjetivação e política”, a qual engloba estudos sobre os modos de subjetivação na contemporaneidade, considerando as circunstâncias sócio-históricas e as diferentes formas de ação política, articulando a produção de conhecimento a um diálogo permanente com as humanidades.

Diante das expectativas de estudo, o problema da pesquisa foi lançado em uma discussão metodológica na qual não percebe o “método” como agregado a uma ótica cartesiana, referenciando um somatório de operações e disposições preestabelecidas que garantiriam o conhecimento, tais como a busca de evidência, o procedimento analítico, a ordenação sistemática que parte do simples para o complexo, ou a recapitulação exaustiva da totalidade do problema investigado (MATURANA, 2001). Por outra perspectiva, a presente pesquisa pretende assumir o desafio da inseparabilidade do exercício do pensar e do fazer, da teoria e da prática; ao passo que recusa uma postura de exterioridade entre a figura do pesquisador na sua relação com seu(s) objeto(s), entendendo que o exercício de se fazer pesquisa requer um mergulho do pesquisador frente às problemáticas que emergem ao longo do processo / pesquisa. Almejando um pouco mais, visa-se a cumplicidade de uma discussão metodológica que toma o método como uma processualidade, como um algo que ganha corpo(s) e forma(s) em meio aos caminhos de pesquisa pelos quais essa mesma pesquisa caminha<sup>5</sup>.

A metodologia adotada é, então, balizada em um estudo teórico que engloba uma análise documental de leis, resoluções e decretos emitidos pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, que tratam das políticas sobre drogas desenvolvidas no Brasil, textos elaborados por órgãos e entidades que destinam atenção para com as configurações que as ações de redução de danos têm assumido.

Por fim, a pesquisa encontra-se estruturada em três capítulos que articulam os três planos de investigação. O primeiro capítulo, intitulado “Medicina social e polícia médica”, se propõe a analisar características históricas e políticas que constituíram formas de medicina social, bem como suas estratégias utilizadas, suas relações com a noção de polícia médica, práticas de militarização e biopolítica. O capítulo é

---

<sup>5</sup> KASTRUP, 2003; ROLNIK, 2002.

subdividido em dois tópicos: 1) Medicina social alemã e a polícia médica; e 2) Medicina social, urbanismo e assistencialismo. No segundo capítulo, “Medicina social no Brasil e as condições históricas para as ações em redução de danos direcionadas aos usuários de drogas”, veremos como as práticas e as relações de poder-saber tecidas pela medicina social europeia chegam ao cenário político do Brasil, como são apropriadas e aplicadas perante a população. Por conseguinte, tece o percurso das práticas de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas, pontuando dilemas traçados entre instâncias jurídicas e da saúde, até o momento em que se tornam política de Estado. Além disso, coloca em questão os enunciados do cuidado de si presentes nas estratégias de redução de danos. Este capítulo apresenta três subtítulos: 1) Medicina social no Brasil: urbanismo, militarização e higienismo; 2) A questão das drogas no Brasil: caso de saúde pública, caso de polícia; e 3) Redução de danos aos usuários de drogas. O terceiro e último capítulo, intitulado “Cuidado de si em Michel Foucault”, discute questões éticas e políticas que se articulam no pensamento de Michel Foucault em sua pesquisa histórica da Antiguidade. Além disso, trata das diferenciações entre o cuidado de si enunciado na redução de danos e as formas do cuidado de si que esse filósofo-historiador nos apresenta em seus últimos escritos, bem como a possibilidade de uma revisitação ética do cuidado de si frente às formas políticas institucionalizadas. Para tanto, o capítulo apresenta-se dividido em três tópicos: 1) Cuidado de si e o problema da moral na Grécia Antiga; 2) Algumas distinções no cuidado de si Greco-romano; e 3) Ética e política a partir do cuidado de si.

**- CAPÍTULO I -  
MEDICINA SOCIAL E POLÍCIA MÉDICA**

A escolha de destinar um capítulo para tratar de incursões históricas no campo da medicina social, tanto em alguns países europeus como no Brasil, pode ser discutida sob dois vieses. Em primeiro lugar, em consonância ao entendimento de história que Michel Foucault expõe, bem como a marcante e presente contribuição que seus escritos oferecem a esse trabalho. Olhar para as ações que constituíram formas de medicina social, suas estratégias utilizadas, além das suas articulações com campos de saber e poder permitem um retorno ao passado, ao passo que possibilita problematizar questões que nos soam atuais. E é a partir desse olhar retrospectivo que se constitui o segundo aspecto que justifica a elaboração desse capítulo, uma vez que a presente pesquisa suscita a hipótese de que as atuais ações de redução de danos frente aos usuários de drogas podem ser percebidas como uma atualização das práticas de medicina social.

Destarte, as aproximações aqui apresentadas entre medicina social e redução de danos partem das relações que estas estabelecem com perspectivas biopolíticas, além de servirem como ferramentas para problematizarmos o tempo que nos é presente, por em questão as práticas atuais de redução de danos, numa tentativa de compreensão das nossas relações para com o tempo em que vivemos.

### **1.1 Medicina social alemã e a polícia médica**

Analisar historicamente uma medicina social e suas relações com as configurações sociais pode nos revelar que a medicina social não é uma exigência médica nascida na atualidade, fruto de uma posição de luta contra a situação da medicina (enquanto profissão) em um país capitalista; bem como não é uma característica fundamental da teoria e da prática médicas de todas as épocas. Segundo Machado et al (1978), foi em um determinado momento de nossa história que nasceu um tipo específico de medicina que passaria a ser denominada de medicina social, justamente pela maneira como tematizou a questão da saúde da população e procurou intervir na sociedade de maneira geral.

Nesse sentido, é importante apresentar características das práticas de medicina social elaboradas em alguns países da Europa – em especial na Alemanha, país onde a

medicina social se desenvolveu de forma bastante estatizada, constituindo poderes e saberes com usos destinados à população. Por conseguinte, serão tecidas algumas repercussões e atravessamentos de tais práticas da medicina social europeia em cenário brasileiro.

Quando esteve no Brasil no ano de 1974, Foucault proferiu uma série de palestras que tratavam sobre medicina social. Nestas, aparece pela primeira vez o termo biopolítica articulado aos campos de atuação da política e da medicina. Nas primeiras linhas de seu texto, “*O nascimento da medicina social*”, Foucault (2008b) deixa claro sua intenção: fazer entender que a medicina social (e moderna) aliada ao advento do capitalismo – nos fins do século XVIII e início do século XIX – atualiza uma certa tecnologia do corpo social, ao passo que socializa este mesmo corpo; pois o capitalismo não possibilitou composições de medicina individual, mas sim social:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 2008b, p.80).

Ao acompanhar as análises foucaultianas acerca da medicina social, podemos perceber que a configuração sócio-histórica da Alemanha do início do século XVIII possibilitou o surgimento de um tipo de medicina social amparada pelo Estado, podendo ser denominada como uma medicina de Estado. No século XVIII ainda não se podia falar de uma Alemanha enquanto estado unificado, mas sim uma demarcação geográfica preenchida por quase-estados, ou pseudo-estados, que compunham a Confederação Germânica. O fato de não ter um estado consolidado acarretava consequências grosseiras tanto do ponto de vista político quanto econômico, uma vez que não se tinha uma economia orientada por um sistema único de trocas, não havia determinação monetária que estabelecesse o preço e o valor das mercadorias. O território e a população eram comum a toda Confederação Germânica, mas o modo de governar não.

Entretanto, desde o século XVI diversos países europeus começaram a operar suas transações políticas e econômicas por meio de um sistema chamado mercantilismo, disseminando em suas províncias práticas econômicas e de controle da população ativa.

Na Alemanha do século XVIII o mercantilismo chega como uma proposta de organização econômica e adquire uma nova nomenclatura, sendo conhecido como cameralismo; mas a alteração no nome não eliminou, nem simplesmente modificou os preceitos e as maneiras de aplicação do modelo econômico mercantilista.

O pensamento político e econômico mercantilista do final do século XVII e da maior parte do século XVIII era caracterizado por almejar uma população crescente e o intenso desejo de aumentar o número de habitantes do país. Uma população maior significaria produção maior, assim como um elevado consumo; um elevado quantitativo populacional repercutiria, ainda, em maiores arrecadações por parte do monarca (ROSEN, 1979).

Segundo Foucault:

A política mercantilista consiste essencialmente em majorar a produção da população, a quantidade de população ativa, a produção de cada indivíduo ativo, e a partir daí, estabelecer fluxos comerciais que possibilitem a entrada no Estado da maior quantidade de moeda, graças a que se poderá pagar os exércitos e tudo o que assegure a força real de um Estado com relação aos outros (FOUCAULT, 2008b, p.82).

Nesse sentido, o mercantilismo apresentava-se como um esquema político e organizacional cujo objetivo supremo era colocar a vida econômica e social a serviço dos poderes políticos do Estado. A política mercantilista visava uma população densa e materialmente bem provida, mas sob controle do governo para que pudesse ser utilizada de acordo com as necessidades estatais. Entretanto, nos diferentes lugares e épocas em que as práticas mercantilistas foram postas, é possível demarcarmos um aspecto recorrente a todas elas: uma consonância quanto ao entendimento de que para a população ser eficazmente utilizada, era preciso que o Estado destinasse uma maior atenção possível aos problemas de saúde da sua população.

É de se considerar ainda que do ponto de vista político, o mercantilismo é descrito como uma política de poder. Mas tal descrição não esgota o conteúdo do mercantilismo, que foi muito mais amplo do que isso. Poderíamos sinalizar que ele foi uma concepção quanto à organização da sociedade: compreendia determinadas idéias a

respeito das relações sociais entre indivíduos e grupos, a respeito da maneira como deveriam ser tratados em termos de política social.

A atitude do pensamento mercantilista em relação à sociedade organizada se revelava caracteristicamente em sua relação com o Estado. O bem-estar da sociedade era identificado ao bem-estar do Estado. Na medida em que o poder era preferencialmente pretendido pelo Estado, a maioria dos elementos da política mercantilista era explicada e justificada pelo fortalecimento do poder do reino. Nesse sentido, a razão de Estado era o fundamento da política social.

O uso de tecnologias disciplinares pelo Estado cujo objetivo era alcançar um corpo populacional útil, ativo e dócil, já nos é apresentado por Foucault no primeiro volume da História da Sexualidade – A vontade de saber (1976). Neste livro, o filósofo-historiador formula o entendimento de que os dispositivos<sup>6</sup> de sexualidade não atuam de modo apenas disciplinar – formando e transformando o indivíduo pelo controle do tempo e do espaço, utilizando-se da vigilância – mas também atuam de modo a regular as populações através de um biopoder. Como mencionando em linhas anteriores, sua análise acerca desse biopoder é tecida a partir de dois polos. O primeiro deles refere-se à espécie humana: pela primeira vez na história, as categorias científicas – espécies, população e outras – mais do que as jurídicas, tornaram-se objeto de atenção política de forma consistente. O outro polo centra no corpo, não no sentido da reprodução humana, mas como um objeto a ser manipulado – uma tecnologia do corpo como objeto de poder constituiu-se gradualmente, o que Foucault chama de poder disciplinar:

[...] nos séculos XVII e XVIII viram-se aparecer técnicas de poder que eram essencialmente centradas no corpo, no corpo individual. Eram todos aqueles procedimentos pelos quais se assegurava a distribuição espacial dos corpos individuais (sua separação, seu alinhamento, sua colocação em série e em vigilância) e a organização, em torno desses corpos individuais, de todo um campo de visibilidade. Eram também as técnicas pelas quais se incumbiam desses corpos, tentavam aumentar-lhes a força útil através do exercício, do treinamento etc. Eram igualmente técnicas de racionalização e economia estrita de um poder que devia se exercer da forma menos onerosa possível, mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações, de relatórios: toda essa tecnologia, que podemos

---

<sup>6</sup> O dispositivo, de acordo com Foucault, refere-se à rede que se pode estabelecer entre um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais. O dito e o não dito são constitutivos do dispositivo.

chamar de tecnologia disciplinar do trabalho (FOUCAULT, 2000, p. 288).

Na segunda metade do século XVIII vê-se aparecer uma nova tecnologia, dessa vez não disciplinar e individualizante; mas que, por sua vez, não exclui a primeira (século XVII e início do XVIII), a integra. Diferentemente da disciplina, que se dirige ao corpo, essa nova técnica de poder se aplica à vida dos homens, ao homem-espécie. “Algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma biopolítica da espécie humana” (FOUCAULT, 2000, p. 289).

Em seu livro *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*, George Rosen<sup>7</sup> (1979) reserva um capítulo para apresentar um estudo histórico sobre possíveis entendimentos e formulações acerca de uma noção de medicina social<sup>8</sup>. Tal preocupação com a demarcação histórica revela uma prática médica moderna associada às condições econômicas e sociais, tendo no século XVIII uma medicina fortemente relacionada às práticas higiênicas e, no século seguinte, um desenvolver conceitual da ideia de medicina como ciência social<sup>9</sup>.

Em meio às práticas centralizadoras da administração de ordem mercantilista, começou a desenvolver-se na Alemanha um conceito chave em relação aos problemas de saúde e doença, a saber: o conceito de polícia. Entendia-se que uma boa polícia de Estado requereria um governante, um conselho sábio, um judiciário imparcial, além de um povo pio e obediente. Se o objetivo fosse manter uma boa polícia tudo deveria estar orientado no sentido de manter estes componentes em boas condições para o funcionamento do Estado: um bom governo deveria policiar os hábitos de sua população, perceber o uso que esta faz de sua saúde. Segundo Rosen:

---

<sup>7</sup> George Rosen (1910-1977), uma das fontes utilizadas por Foucault em seu texto “O nascimento da medicina social”, era Mestre em saúde pública, escritor e doutor em filosofia. Foi professor de História da Medicina na Universidade de Yale, nos Estados Unidos, e editor do *American Journal of Public Health* e do *Journal of History of Medicine*. Publicou amplamente em história e saúde pública. Entre seus livros destacam-se *History of Public Health* (1958), *Essays on the History of Health* (1971) e *Preventive Medicine in the United States, 1900/1976* (1976).

<sup>8</sup> Apesar da palavra “social” ser repetidamente utilizada nos escritos de George Rosen, não há uma clara preocupação em definir o que era entendido por “social”.

<sup>9</sup> Vale ressaltar uma diferença marcante entre a medicina desenvolvida entre os séculos XVII e XVIII (direcionadas às práticas higiênicas), com a medicina formulada a partir do século XIX, a qual inaugura a noção de prevenção – cuidado com a vida dos indivíduos (MACHADO et al, 1978).

Um programa governamental deve atentar para a manutenção e supervisão das parteiras, cuidado com os órfãos, ordenação dos médicos e cirurgiões, proteção contra peste e outras doenças contagiosas, uso excessivo de bebidas alcoólicas e tabaco, inspeção da água e da comida, medidas para limpar e escoar a cidade, manutenção de hospitais, providência para alívio dos pobres (ROSEN, 1979, p. 151).

Temos aqui um princípio da formulação conceitual de polícia médica. De uso difundido na Europa dos séculos XVIII e XIX, tal conceito foi produzido pela primeira vez na Alemanha. Para tanto, para clarificar as práticas de uma polícia médica, torna-se necessário desenvolvermos um pouco mais as relações que eram postas através da prática de policiar a sociedade pelo Estado. Veremos como o conceito de polícia médica, por sua vez, esteve agregado à constituição de uma medicina social.

No final do século XVII e principalmente no século XVIII, nos quadros do Estado absoluto e mercantilista alemão, a polícia adquire extrema importância: legitimada pela existência de uma relação específica entre sociedade e Estado, a primeira, através do contrato social, abdicou da liberdade pela segurança e defesa fornecidas pelo segundo; ao passo que este mesmo Estado definia-se como sistema de conhecimento e práticas administrativas que organizariam a sociedade através de uma perfeita alocação de recursos humanos e materiais. O poder e a riqueza do Estado passariam a depender do bom funcionamento da polícia.

Valorizada econômica, política e militarmente, a população constitui-se então como objeto privilegiado da polícia. Nesse sentido, para que pudessem sustentar e serem utilizados pelo Estado, os habitantes da nação deveriam não só ser conhecidos em sua verdade cotidiana, mas transformados em súditos saudáveis. Formula-se assim um projeto de conhecimento e intervenção que se caracteriza por: organização de estatísticas referentes ao número de habitantes, distribuição de acordo com idade e sexo, número de mulheres em estado de procriação, causas de morte, relação entre nascimento e morte; controle dos indivíduos (combate ao vício por diminuir a fecundidade e desencorajar o casamento, estabelecimento de medidas para impedir o casamento dos portadores de doenças hereditárias e dos incapazes para procriação); ações sobre a cidade (limpeza, inspeção de alimentos, exame das águas, preocupação com a circulação do ar); ações para evitar epidemias; regulamentação, supervisão e

manutenção de parteiras, boticários, físicos e cirurgiões; criação de organismos administrativos encarregados de supervisionar questões referentes à saúde pública (MACHADO et al, 1978).

A partir da constituição da população como objeto da polícia, conceitos de polícia médica passaram a ser construídos. Em 1764, o alemão Wolfgang Thomas Rau defende a idéia de que todo monarca precisa de súditos saudáveis que possam cumprir suas obrigações na paz e na guerra e de que, para tal, deve haver uma polícia médica, alargando a função do médico na sociedade: ele não deve só tratar dos doentes, mas também supervisionar a saúde da população (ROSEN, 1979).

Esta primeira formulação é rapidamente difundida e aperfeiçoada no meio médico. É na obra de outro alemão, Johann Peter Frank, publicada de 1779 a 1817, que o conceito de polícia médica aparece sistematizado com maior precisão: a polícia médica passa a ser definida como o conjunto de teorias, políticas e práticas que se aplicam à saúde e bem-estar da população, dizendo respeito à procriação, ao bem-estar da mãe e da criança, à prevenção de acidentes, ao controle e prevenção de epidemias, à organização de estatísticas, ao esclarecimento do povo em termos de saúde, à garantia de cuidados médicos, à organização da profissão médica, a combater ao charlatanismo. A população torna-se objeto do conhecimento e da prática de uma medicina ligada à administração central (ROSEN, 1979).

Nesse sentido, é possível incitarmos que as práticas de cuidado do contingente populacional, elaboradas e desenvolvidas pelo Estado, já se faziam condizentes ao viés biopolítico de controle dos corpos. O cuidado que a medicina social destinava à população no século XVIII, apresentava características biopolíticas e mediado por intervenções da polícia médica. A sociedade como um todo se torna passível às regulamentações médicas, e a saúde passa a ser problema social. Daí a necessidade de autoridades constituídas para agir no sentido de preservar a saúde da população: a polícia médica expressa a nova relação que se estabelece entre medicina e Estado.

Segundo George Rosen (1979), a primeira tentativa de interligar um campo de atuação médico ao campo da ciência social é datada de 1848, quando o médico alemão Rudolf Virchow escreveu um relatório sobre epidemia de febre tifóide ocorrida em 1847 na região da Alta Silésia (região dividida entre os atuais territórios geográficos da

Polônia, República Tcheca e Alemanha<sup>10</sup>). Neste relatório, havia uma associação causal entre doença e miséria social, ficando a epidemia atribuída a um conjunto de fatores econômicos e sociais – o que colocava em dúvida a eficácia de qualquer terapia medicinal aplicável à época.

É importante ressaltarmos que o período histórico que demarca os meados do século XIX na Europa central e oriental, foi caracterizado por diversas revoltas que abalaram as monarquias européias vigentes: crises econômicas, regimes autocráticos, certo nacionalismo despertado nas classes baixas, tentativas (e fracassos) de reformas políticas e econômicas marcaram o período chamado, pelos historiadores, de Primavera dos Povos<sup>11</sup>.

Em meio a tantas manifestações de ordem social, política e econômica, a medicina da época também formulava uma Reforma Médica. Para sinalizar esta afirmação, Rosen (1979) apresenta um texto do semanário alemão *Die medicinische Reform*, editado pelo médico Rudolf Virchow, que destaca um circunstancial momento histórico no qual foi possível uma forte aproximação entre a medicina e os problemas sociais:

A Reforma Médica surge no momento em que a derrubada de nossas velhas instituições políticas ainda não se completou, mas em que por todo lado estão sendo feitos e passos estão sendo dados na direção de uma nova estrutura política. Que outra tarefa poderia então ser mais natural do que participar da destruição final das velhas ruínas e da construção de novas instituições? Tempestades políticas difíceis e violentas como as que desabam sobre a camada pensante da Europa, estremecendo até as bases todos os elementos do Estado, indicam mudanças radicais nas concepções de vida que predominam. Neste quadro, a medicina não pode ser a única a permanecer inalterada; ela não pode mais adiar sua reforma radical (*Die medicinische Reform*, Berlim, 1848, N. 1, p. 1, apud ROSEN, 1979, p. 79-80.).

Vários médicos alemães compartilhavam dos ideais de Virchow, e deixavam claros seus entendimentos de que a medicina deveria ser percebida como uma ciência social e, em consequência, a política seria uma medicina em grande escala. Para tanto,

---

<sup>10</sup> Esses países compunham a Confederação Germânica.

<sup>11</sup> Este conjunto de revoluções apresentava aspectos tanto liberais, quanto democráticos e nacionalistas. Entretanto, em determinado momento de contestação tornou-se possível reunir membros da burguesia e da nobreza que visavam objetivos similares (exigiam governos constitucionais), além de trabalhadores e camponeses que se rebelaram contra os excessos e a difusão das práticas capitalistas.

esse movimento de reforma médica chegou a formular alguns princípios. O primeiro destes princípios dizia que a saúde do povo é um objeto de responsabilidade social, logo seria dever da sociedade e do Estado proteger e salvar as vidas dos cidadãos; ao Estado caberia combater o que fosse “perigoso à vida humana” e assistir, a todos, condições necessárias a uma “existência saudável” (ROSEN, 1979). O segundo princípio contido na concepção da medicina como ciência social é que as condições econômicas e sociais teriam um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações deveriam ser submetidas à investigação científica. Nesse sentido, tem-se uma relação inseparável entre pobreza, fome, miserabilidade, morte, doença, sofrimento crônico. Para formular este princípio, médicos alemães recorreram a estudos históricos que atestassem seus entendimentos: o destino dos maiores impérios foi decidido pela saúde de seu povo e de seu exército. “As epidemias correspondem a grandes sinais de alerta que mostram ao verdadeiro estadista que um distúrbio ocorreu no desenvolvimento de seu povo, que nem mesmo uma política caracterizada pelo desinteresse pode negar” (ROSEN, 1979, p. 84).

O terceiro e último princípio desse movimento alemão advertia para que medidas, tanto sociais quanto médicas, deveriam ser tomadas a fim de promover a saúde e combater a doença. Tais princípios chegaram a expressar um projeto de Lei de Saúde Pública, submetido à Sociedade Berlinense de Médicos e Cirurgiões em 1849: qualquer intervenção pública no ramo da saúde deveria preocupar-se com a sociedade como um todo (considerando as condições físicas e sociais que podem afetar a saúde, tais como o solo, indústria, comida, moradia); preocupar-se do mesmo modo com cada indivíduo, considerando as condições que o impedem de cuidar de sua própria saúde. Neste caso, do indivíduo, os impedimentos que o mesmo poderia encontrar ao cuidar de si próprio, cuidar de seu próprio corpo, poderiam ser de dois planos: condições, como pobreza e enfermidade, em que o indivíduo teria o direito de exigir assistência do Estado; e condições em que o Estado teria o direito e a obrigação de intervir na liberdade pessoal do indivíduo, no seu interesse em cuidar-se, como em casos de doenças transmissíveis e doença mental (ROSEN, 1979).

Por meio desse Projeto de Lei de saúde pública, podemos observar o quanto ao Estado já se fazia legitimado o direito de intervir na liberdade individual, impondo a cada cidadão a obrigação de cuidar de si mesmo. Esse exemplo de atuação estatal ou

cuidado biopolítico frente a certos corpos mazelados da sociedade abre a possibilidade de estabelecermos relações de proximidade quanto a questões que nos são presentes, tais como as recentes operações que internaram compulsoriamente usuários de drogas em algumas cidades brasileiras: internações compulsórias e legitimadas pela biopolítica exercida em nível do Estado. Tem-se assim certo paradoxo em torno da noção de biopolítica: ao mesmo tempo em que propõe uma afirmação da vida, busca pela longevidade e preservação da vida, também se apresenta como uma política sobre a vida, na qual são utilizadas estratégias de controle e submissão. Diante de uma afirmação da vida, desde que controlada, põe-se sob suspeita que, em nome de “bem intencionadas” práticas de cuidado e de proteção, podem-se desenvolver mecanismos de controle e aprisionamento de vidas.

A reforma médica alemã também destinava atenção ao proletariado, às condições de trabalho e higiene oferecidas com o ritmo da industrialização. Muito embora a industrialização na Alemanha tenha galgado seus primeiros passos alguns anos após os vizinhos Inglaterra e da França, e tenha caminhado em ritmo muito mais lento na primeira metade do século XIX, por volta de 1848 a existência de uma classe assalariada, de um proletariado industrial, não podia ser negada. Na Inglaterra e na França a industrialização foi acompanhada de uma significativa baixa populacional, uma vez que estes Estados não destinaram esforços para salvaguardar a saúde dos operários. Já a medicina social alemã agiu de forma diferenciada ao propor um programa de higiene industrial, focando alterações legislativas nas condições de trabalho: reivindicava-se a proibição do trabalho infantil antes dos quatorze anos, a redução da jornada do dia de trabalho nas profissões ditas perigosas, proteção às mulheres grávidas, estabelecimento de padrões de ventilação nos locais de trabalho e a prevenção de envenenamento industrial.

A medicina social alemã posta em prática por meio da polícia médica, no final do século XVIII e início do século XIX, almejava um estudo detalhado das morbidades, não preocupando apenas com os dados numéricos das taxas de mortalidade e natalidade do Estado. Além disso, exigia-se a criação de um departamento especializado em controlar as atividades dos médicos, verificar o esquadramento médico da população. Nesse sentido, podemos falar que a figura do médico foi primeiramente normalizada, antes de se aplicar a noção de normalidade perante ao doente. A medicina e o médico

são, portanto, os primeiros objetos de normalização na Alemanha (FOUCAULT, 2008b).

Depois de normalizados, os médicos alemães passariam a ser subordinados pelo funcionamento estatal sendo nomeados a assumir cargos políticos com responsabilidade sobre uma região, a fim de que pudessem exercer seus poderes em acordo com os seus saberes.

Outro ponto importante a considerar é o uso da estatística como ferramenta para investigar as relações causais entre as condições sociais e os problemas médicos. Falava-se de uma estatística social capaz de lançar informações sobre todos os elementos da vida social que, de alguma forma, teriam influência sobre os problemas da saúde e da doença. Apesar de todo potencial de aplicação de uma medicina social ampla e atenta a minúcias da saúde da população, Rosen (1979) destaca que os ideais dos médicos alemães, que lançaram as propostas dessa reforma médica, não alcançaram suas expectativas de imediato, apesar de existir uma noção consciente a respeito das relações da doença e da saúde com a sociedade:

[...] As três últimas décadas do século XIX na Alemanha foram caracterizadas por um ambiente social e cultural desfavorável para a transformação desta consciência em um conceito mais preciso que permitiria uma aplicação médica prática. [...] Ao mesmo tempo, a extraordinária rapidez com que as ciências naturais se desenvolviam deu a elas enorme prestígio junto à medicina. A este fato adicionou-se o aparecimento da bacteriologia, que parecia ser a resposta ao problema da causação da doença. Sob tais condições, não foi difícil passar o doente e seu ambiente para um plano secundário e estabelecer uma relação de causa e efeito entre germe e doença. A doença, e não o paciente, se tornava assim a preocupação principal do médico (ROSEN, 1979, p. 115).

Nesse sentido, quando enfatizamos que a medicina social desenvolvida na Alemanha do século XVIII apresentava-se de forma bastante estatizada, é para sinalizar que em outros países europeus as práticas médicas não adquiriram tamanha intervenção do Estado.

## 1.2 Medicina social, urbanismo e assistencialismo

Enquanto na Alemanha havia a normalização da prática e do saber médico, as configurações sócio-históricas da França, por exemplo, não permitiam tamanha empreitada. Neste país, a medicina social ateve-se em primeiro lugar à organização, a uma melhor utilização do espaço urbano – uma medicina social urbanista. As razões para isto eram inúmeras e fugiria ao escopo da pesquisa apresentá-las em maiores detalhes. Entretanto, podemos elencar algumas delas: em tempos de contestações e revoltas camponesas que lutavam em prol da liberdade, igualdade e fraternidade (ideais da Revolução Francesa), a França era composta por diversos territórios heterogêneos, não havia uma unidade territorial – desde a segunda metade do séc. XVIII era colocado o problema da unificação do poder urbano visando um poder único e bem regulamentado; os poderes de ordem religiosas ou senhoriais possuíam jurisdições próprias; afrontamentos entre ricos e pobres, plebe e burguês manifestavam sublevações urbanas frequentes; as cidades passavam a revelar medos, o urbano passava a assustar as camadas abastadas – por isso a preocupação do Estado em esquadrihar o espaço urbano.

A burguesia francesa, sentindo-se ameaçada com as revoltas da plebe, influenciou o governo a realizar o modelo médico e político da quarentena, inspirado nos planos de urgência da Idade Média, tais como os casos de epidemia da lepra (em que se operava a expulsão e exílio dos leprosos), e os da peste (em que se operava o confinamento e isolamento). A higiene urbana francesa passava a analisar diariamente os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo que poderia provocar doença no espaço urbano, lugares de provável difusão de fenômenos epidêmicos e endêmicos.

Um dos grandes feitos dessas práticas de higienização do espaço urbano, e que não se demorou a ser assimilada em outros países, foi a escolha do local para a alocação dos cemitérios, os quais passaram a ser construídos em locais os mais afastados possível dos centros urbanos onde se concentrava o número mais expressivo da população, que deveria passar o dia a desenvolver atividades econômicas. Por conseguinte, passa a existir uma preocupação com a individualização dos cadáveres. Inquietação também quanto ao controle da circulação da água e do ar – a medicina social francesa promove a abertura de longas avenidas no espaço urbano para melhor circulação dos ares, bem

como corredores de água (às margens do Sena); atenção com as fontes de água e acomodação dos dejetos – o Estado cuidava para que os locais onde se bombeassem águas nos rios não fossem locais onde haviam sido depositadas impurezas.

As práticas dessa medicalização urbana francesa fizeram uso de diversos campos de saber, como a física e a química. Tal característica atesta uma medicina científica, uma vez que o esquadramento do espaço urbano só foi possível quando partiu de análises do meio para verificar os efeitos deste na população e, por fim, a análises dos organismos. O saber científico desenvolvido possibilitou o engendramento de duas noções fundamentais à proliferação da medicina social, a saber, a noção de salubridade – utilizada para servir de base material e social capaz de assegurar a melhoria da saúde dos indivíduos; e a noção de higiene pública – técnica de controle e modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou prejudicar a saúde da população (FOUCAULT, 2008b).

Outro exemplo de aplicação de uma medicina social se refere ao modelo desenvolvido na Inglaterra. Em atenção às configurações sócio-históricas deste país, Foucault (2008b) afirma que a medicina social inglesa atendeu a três sistemas coexistentes de atuação prática, desdobrando-se no primeiro momento em uma “medicina assistencial” destinada aos pobres; seguida de uma “medicina administrativa” encarregada de sanar problemas gerais como vacinação e controle de epidemias; por fim, uma “medicina privada” que beneficiaria aqueles que dispunham de recursos financeiros para utilizá-la.

No tocante ao primeiro ponto, a elaboração de uma medicina aplicada ao social esteve estritamente ligada à efetividade da Lei dos Pobres. À medida que o contingente populacional começou a inflar o espaço urbano, amontoando as pequenas feiras e zonas mercantis, a disseminação de doenças tornou-se uma constante no cenário inglês do século XIX. Em 1832, o país vivenciou uma epidemia de cólera que foi capaz de disseminar na população o medo das enfermidades, o que implicou numa insistência burguesa em separar os ricos dos pobres de um mesmo tecido urbano. Momento importante para o surgimento e as organizações dos bairros, bem como reivindicações a favor do direito à propriedade privada.

A Lei dos Pobres na Inglaterra atendia a uma forma de assistencialismo controlado pelo Estado: ao mesmo tempo que a classe pobre se beneficiava com o sistema de assistência, deveria se submeter a vários controles médicos. A intervenção médica apresentava o discurso de ajudar às necessidades de saúde dos pobres, entretanto o Estado atendia apenas às solicitações da sua população rica e influente – a saúde da população rica estaria protegida enquanto se realizasse a proteção dos pobres. Tem-se então um esquadramento entre ricos e pobres: estes encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou com o mínimo de despesa e os mais abastados garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos advindos dos cortiços ocupados por muitos famigerados e dependentes da política assistencial do Estado.

Por outro lado, a Lei dos Pobres deu início a um processo de organização de serviço autoritário e um controle médico que atingiria a população em geral, independentemente se rico ou pobre. Com a proposta de uma Health Service (serviço de saúde), o Estado inglês lançou mão de diversos dispositivos de ordem autoritária, justificados pelo saber médico, tais como a vacinação obrigatória a todos, organização do registro das epidemias e doenças capazes de se tornar epidêmicas, localização de locais insalubres, bem como a intensificação das práticas médicas nestes locais.

Uma série de medidas que coloca em mãos do poder público a assistência aos pobres, e submete a força de trabalho a uma intervenção medical autoritária. O serviço de saúde inglês tem em vista não o controle individual dos doentes, mas a saúde da população como um todo. A intervenção medical conduz programas coletivos de vacinação, registro compulsório das doenças, localização e eventual destruição dos focos de insalubridade. Esse controle medical sobre as classes mais necessitadas visa a torná-las menos perigosas para os ricos e mais aptas ao trabalho (FARHI NETO, 2010, p.39).

Entretanto, essas medidas autoritárias não foram absorvidas pela população inglesa de forma harmoniosa, o que suscitaram revoltas no interior das cidades:

Se a medicina é uma estratégia biopolítica, a resistência ao controle medical é também a bandeira de diversas lutas políticas contra a forma de sujeição, pela sua saúde, das classes de trabalhadores. Os mesmos pontos que apoiam uma sujeição política são reutilizados, pelos sujeitados, em sua tentativa de reversão das relações de poder (FARHI NETO, 2010, p.40).

É importante ressaltar que no caso da Inglaterra dos últimos anos do século XVIII e início do século XIX, a industrialização ganhava grandes investimentos do governo: a economia inglesa assumia um nível de significação no mercado mundial nunca antes visto, ao mesmo tempo que o governo aspirava cada vez mais uma população ativa e saudável, capaz de alimentar as investidas estatais. Por conseguinte, o controle da saúde e do corpo das classes mais pobres era justificado, às vistas do governo inglês, para tornar seu contingente populacional mais apto ao trabalho e, ao mesmo tempo, menos perigoso às classes ricas.

O desejo por uma população útil, ativa e saudável condiz com uma das principais características biopolíticas do governo. Destarte, a biopolítica terá como seus primeiros objetos de saber e alvos de controle todo um conjunto que se refere aos índices de natalidade, mortalidade, longevidade. Preocupação com a vitalidade do corpo: uma intensificação do corpo, uma problematização da saúde e de suas condições de funcionamento; tratava-se de novas técnicas para maximizar a vida. Tratava-se do corpo, do vigor, da progeneração. Ademais, a medição estatística se tornará uma fundamental ferramenta às mãos do Estado: fazia-se cada vez mais preciso extrair o máximo de informações acerca da população, de modo a tornar possível elaborar previsões, criar estimativas, medições globais. Segundo Foucault, a biopolítica lida com um novo corpo:

Corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável. É a noção de população. A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder (FOUCAULT, 2000, pp. 292-293).

Em Nascimento da Biopolítica (2008a) Foucault analisa o neoliberalismo americano [e aí já estamos no século XX] não como uma doutrina política no sentido de um Estado mínimo, mas como uma racionalidade política, como uma maneira de pensar e de agir, de ser e de viver. Por conseguinte, o neoliberalismo é tomado como um projeto propulsor de investimento na vida da população e, por conseguinte, em processos de individualização. Foucault realiza uma minuciosa apresentação da Teoria do capital humano, cuja lógica diz do homem trabalhador uma empresa de si mesmo: a economia neoliberal é feita de unidades-empresa na qual o homo oeconomicus é

empresário de si mesmo, sendo ele seu próprio capital, sendo para si mesmo o seu produtor, a fonte de sua renda.

Foucault situa o neoliberalismo como exemplo incontestado da governamentalidade biopolítica da nossa época: o homo oeconomicus deve investir em si mesmo, produzindo sua própria satisfação. A biopolítica que atravessa essa teoria do capital humano caracteriza-se por revelar uma forma de selecionar aqueles indivíduos capazes de investir em si próprio, sendo a genética uma das principais formas de seleção:

Ela [a genética] possibilita, em particular, estabelecer para um indivíduo dado, qualquer que seja ele, as probabilidades de contrair este ou aquele tipo de doença, numa idade dada, num período dado da vida ou de uma maneira totalmente banal num momento qualquer da vida. Em outras palavras, um dos interesses atuais da aplicação da genética às populações humanas é possibilitar reconhecer os indivíduos de risco e o tipo de risco que os indivíduos correm ao longo da sua existência (FOUCAULT, 2008a, p.313).

Por ora, antes de descrever alguns aspectos da medicina social no Brasil e seguir com as reflexões, considero interessante ressaltar alguns aspectos trazidos ao longo deste capítulo. Em um primeiro momento, vimos como a noção de polícia médica se configurou como uma base das políticas de saúde, fazendo com que os cuidados destinados à população pela medicina social no século XVIII, apresentassem características biopolíticas. Nesse sentido, tem-se o escopo da quimera da política como medicina, incumbida em diagnosticar as mazelas sociais e corrigir corpos desvirtuados.

Um segundo aspecto, ao perceber um biopoder que atue de modo a controlar (e/ou eliminar) os riscos que podem ser sofridos por uma população, utilizando-se de técnicas capazes de maximizar vidas, a pesquisa considera pertinente relacionar os enunciados das práticas de redução de danos – que versam acerca de um controle externo dirigido ao usuário de drogas, pois consideram que estes oferecem risco a si próprio (por isso “devem” cuidar de si mesmos) e aos demais, sem, contudo, especificar necessariamente quais são esses riscos – aos enunciados de um biopoder capaz de enxergar esse mesmo usuário de drogas como um corpo que desvirtua daquilo que deve ser alcançado pela população. Por conseguinte, levanta-se a seguinte questão: a

disciplina e a biopolítica correspondem à arquitetura básica do controle sobre o autocuidado proposto pelas ações de redução de danos aos usuários de drogas?

Por fim, o terceiro aspecto que destaco remete à discussão trazida sobre o neoliberalismo americano e o projeto biopolítico de investir na vida da população. A figura do homo oeconomicus, entendido como empresário de si mesmo, protagonista de si mesmo, não se configuraria como uma premissa do autocuidado nos enunciados em torno do protagonismo proposto pelas atuais ações de redução de danos, da Política Nacional Sobre Drogas?

**– CAPÍTULO II –**  
**MEDICINA SOCIAL NO BRASIL E AS CONDIÇÕES HISTÓRICAS**  
**PARA AS AÇÕES EM REDUÇÃO DE DANOS DIRECIONADAS**  
**AOS USUÁRIOS DE DROGAS**

**F**eito esse percurso de algumas principais características que configuraram as práticas de medicina social desenvolvida em alguns países da Europa, vejamos agora como essas práticas repercutiram nos cenários político e social brasileiro.

Nesse capítulo também serão pontuados aspectos da relação das ações de medicina social direcionadas às ditas mazelas sociais, nas quais os usuários de drogas se faziam presentes. Por fim, será apresentada uma investida histórica e política acerca das ações de redução de danos no Brasil.

## **2.1 Medicina social no Brasil: urbanismo, militarização e higienismo**

Em seu livro intitulado *Ordem médica e norma familiar* (1979), Jurandir Freire Costa narra alguns dos episódios que contemplaram a administração portuguesa no Brasil colonial, bem como o exercício do poder português repercutindo sobre as moradias, as pessoas, as ruas, principalmente as da cidade do Rio de Janeiro, desde o século XVIII.

Segundo Costa (2004), governo português só passou a destinar atenção sobre a cidade do Rio de Janeiro após a descoberta de ouro nas minas centrais do território brasileiro – tal fato mobilizou uma lucrativa comercialização e, por conseguinte, fez surgir uma elite diferenciada economicamente dos interesses do reino português.

Enquanto os interesses políticos e econômicos dos colonos coincidiram com os do reino, as cidades se comportavam conforme a expectativa do Estado. No século XVIII, com a mudança de situação, a metrópole precisou intervir a fim de reconduzir as cidades à ordem colonial. As medidas de restabelecimento da ordem começaram então a ser tomadas (COSTA, 2004, p.20).

Portugal, até então negligente em relação às questões de urbanização e povoamento do Brasil colônia, deu-se conta da importância desses aspectos. Para tanto, a cidade do Rio de Janeiro foi posta como um laboratório para iniciais práticas de

medicina a serem implantadas. Uma das justificativas para a escolha do Rio de Janeiro foi que, com a descoberta do ouro, a cidade tornou-se principal entreposto comercial, localizada entre as minas centrais e o Oceano Atlântico. Além disso, a cidade do Rio de Janeiro foi cenário permanente de contestação do poder real, precisando ser “dominada”. Datam dessa época os primeiros esforços sistemáticos para “controlar” a cidade e a população em função dos interesses do Estado português.

Entretanto, esse controle da população não foi facilmente atingido em virtude de algumas razões. O exercício prático da justiça contrariava suas formulações teóricas, pois havia tensões conflitantes entre três esferas de poder, a saber: o Estado, o clero e as famílias. Cada uma dessas instâncias procurava manipular a justiça em favor dos seus interesses. A polícia<sup>12</sup>, tendo que fazer cumprir a lei, via-se colocada diante do mesmo dilema: obrigada a se curvar aos interesses privados.

O mecanismo jurídico-policial era implantado a partir da lógica repressiva, a qual se apresentava de forma estritamente punitiva. Justiça e polícia limitavam-se a punir, embora naquela época já se esboçasse uma incipiente noção de prevenção do crime ou reintegração do criminoso à sociedade – o governo entendia que uma das causas da reincidência delituosa se pautava na vagabundagem e ociosidade. Entretanto, esse mesmo governo não demonstrava saber o que fazer a fim de ocupar sua população. Segundo Costa, “o atraso econômico e cultural do Brasil, deliberadamente mantido por Portugal, impedia que a disciplina do trabalho, da escola ou da família ajudasse o Estado no controle da marginalidade” (COSTA, 2004, p.22).

Dentre as instituições já existentes e capazes de oferecer técnicas de controle aos indivíduos, tinha-se a Igreja (com a pedagogia jesuíta) e o exército (serviço militar). Com relação à primeira, interessante notar que as relações entre Igreja e Estado estavam praticamente desgastadas: durante o período colonial, o clero ou defendia seus próprios interesses ou aliava-se às famílias contra a metrópole. Além disso, a educação jesuítica propunha o desenvolvimento da instrução e da escolarização, fator político-cultural que contrariava os interesses estratégicos do governo português. Logo, a educação jesuítica passou a ser combatida (COSTA, 2004).

---

<sup>12</sup> Este termo não existia na época, mas refere-se aqui às instituições encarregadas do patrulhamento das cidades. Desde 1626, o policiamento das cidades era feito pelos quadrilheiros, sendo as guardas municipais criadas em 1788, e a Intendência Geral criada em 1808. Vale ressaltar que este tipo de policiamento não era o mesmo que polícia médica.

O Estado passa a enxergar a militarização como auxílio único e indispensável ao controle da população urbana. Diante desse cenário, é destacável a figura do Marquês de Lavradio, encarregado de empregar no Brasil colonial, de 1769 a 1779, a disciplina militar no combate àquilo que se definia como “desordem política”. Imbuído dessa missão, Lavradio deu a ordem de ativar os terços auxiliares: tropas militares que se caracterizavam pela menor exigência de disciplina física e ocupação do tempo dos soldados; ao contrário das tropas regulares, fardavam-se às suas custas, não recebiam soldos<sup>13</sup> e ainda pagavam as armas que lhes eram fornecidas. Apesar desses aspectos que pareciam soar como um descomprometimento do Estado para com aqueles que iriam servir à força militar, Costa (2004) pontua que a população preferia servir nos terços auxiliares e justificavam sua preferência por denotar motivos de prestígio e poder, pelo menor tempo que lhes era exigido e pelas eventuais vantagens de que podiam usufruir.

A militarização proposta pelo Marquês de Lavradio entendia que para o Estado dominar era necessária uma partilha de poder entre o Estado e a população, mas desde que esta atualizasse permanentemente o poder da Coroa portuguesa: a população engajada nas tropas auxiliares extraía benefícios econômicos (proteção nos negócios, preservação do tempo em função dos interesses privados) e de poder (participação na repressão aos desordeiros). Logo, defendendo o Estado a população acreditava defender a si mesma. Além disso, o Marquês de Lavradio percebia que a justiça punitiva de até então era descontínua, sendo necessário habituar os indivíduos às pequenas autoridades, a fim de que, progressivamente, a obediência ao Rei emergisse naturalmente, pois: “O Rei só era lembrado na antecâmara da força. A lei se fazia evocar por espasmos” (COSTA, 2004, p.26).

Apesar de todo esse aparato técnico da militarização proposta por Lavradio, a efetividade da militarização não foi concretizada, pois esta ficou paralisada em meio aos inúmeros dispositivos punitivos praticados na época. Conforme Costa (2004), um dos principais motivos desse entrave ao dispositivo militar teriam sido as tensões existentes entre as três esferas de poder – o Estado, as famílias abastadas e o clero – que disputavam seus territórios na esfera política e econômica da Colônia. Tais tensões aumentaram na segunda metade do século XVIII, a corporação militar não se absteve

---

<sup>13</sup> Designação comum a diversas moedas antigas portuguesas.

desses conflitos de interesses: alguns militares envolveram-se em disputas políticas contra o Governo português em favor das causas emancipatórias. Nesse sentido, armar a população representava um grande risco. A militarização, embora teoricamente eficaz, não podia ultrapassar certos limites, sob a pena de gerar resistência ao poder português.

Diante desse impasse surge uma questão a ser enfrentada pelo Estado: como implantar a mecânica de sujeição militar sem criar soldados nem distribuir armas ou, em outros termos, como levar os indivíduos a pactuarem com a ordem estatal sem os riscos da insurreição armada? Eis que surge uma nova estratégia com novos agentes de coerção aliciados, convertidos, manipulados ou reorientados nos seus mais diversos interesses e formas de agir: a medicina higiênica no governo dos indivíduos. Através da higiene, a medicina, que desde o início do século XIX lutava contra a tutela jurídico-administrativa daquele período, deu um largo passo em direção à sua “independência”, aliando-se ao novo sistema e reafirmando uma postura contrária à antiga ordem colonial. Entretanto, é importante destacar que o simples fato de postar-se contrariamente às antigas ordens coloniais não fez da corporação médica um mecanismo capaz de sustentar-se; para isso precisou do forte braço da elite agrária colonial.

Nesse momento histórico, o Estado português aceitou [estrategicamente] medicalizar suas ações políticas, reconhecendo o valor político das ações médicas, bem como seu saber enquanto significativo de cientificidade. Um dos pontos-chave dessa parceria Estado / Medicina também faz menção ao desenvolvimento da noção de “salubridade”: as epidemias, as febres, os focos de infecção e contágio do ar e da água sempre foram fantasmas para a administração colonial.

A aproximação da Coroa portuguesa junto à sua colônia favoreceu a efetivação dessas ações. Isso ocorreu com a chegada da Corte em 1808: a população da cidade do Rio de Janeiro, foco das investidas médicas na época, aumentou em quase um terço. Esse contingente populacional, aliado às exigências higiênicas da nova camada urbana aceleraram o aplicar das intervenções dos saberes médicos. A narrativa de Baptista (1999) ilustra a chegada:

[...] A cidade tropical recebia o grande e ruidoso cortejo; a grande quantidade de baús, babados e rendas e uma certa pose de chegada anunciavam que tinham vindo para ficar. Os nobres se enxugavam

com lenços perfumados e traziam no rosto dúvidas e a tranquilidade da fuga. Destacando-se no meio de tanta gente, um homem gordo com cheiro de azedo trazia estampado na pele branca o medo que ficou bem longe, lá atrás do oceano. O nome dele era João, o príncipe regente (BAPTISTA, 1999, pp. 52-53).

Por conseguinte, as mudanças trazidas com a chegada da Corte portuguesa eram anunciadas de forma impositiva: os mecanismos punitivos da lei e do aparelho jurídico-policial não deixavam de atuar como instância e parâmetro de correção.

O governo do Príncipe não se preocupou em legitimar suas ações políticas. O caráter autoritário do sistema impediu a partilha e a distribuição do poder. A transformação do espaço urbano procurava atender, exclusivamente, ao bem-estar e ao enriquecimento da aristocracia portuguesa e do capitalismo europeu (COSTA, 2004, p.55).

Como a população colonial era portadora de costumes ditos anti-higiênicos, a corporação médica passou a fazer uso de técnicas análogas às de militarização: surgem as figuras dos almotacés<sup>14</sup> de limpeza que suscitavam o interesse do indivíduo em cuidar de sua saúde – cada habitante tornou-se seu próprio almotacé e, em seguida, almotacé de sua casa e da vizinhança. Ainda no ano de 1808, é criada a Intendência Geral<sup>15</sup> a qual possibilitava à polícia centralizar as decisões repressivas – tal fortalecimento tornava a polícia muito politizada e implicava em papéis administrativos a serem realizados por ela própria, como construir pontes e redes de esgotos, drenar pântanos etc. A saúde da população inscrevia-se, assim, na política de Estado.

Um aspecto relevante dessa política higienista era fazer com que suas normas fossem destinadas às famílias, haja vista que a incorporação destas às práticas do Estado fazia parte do plano estratégico do mesmo. Para a Coroa portuguesa não era mais interessante enxergar a família oligárquica e colonial como um inimigo político-militar; era preciso buscar mais aliados e, para tanto, a medicina social seria essencial na criação e aplicação de técnicas persuasivas em direção às famílias, tais como: criar interesses contraditórios entre membros de uma mesma família, divisões entre os membros familiares a fim de não formarem um grupo compacto e em defesa dos interesses

---

<sup>14</sup> Inspetor encarregado da exata aplicação, neste caso em específico, das técnicas de higienização.

<sup>15</sup> Órgão responsável pelo controle geral da polícia na colônia, sendo o cargo de intendente geral de Polícia uma espécie de ministro da segurança pública.

paternais; apresentar às famílias os ganhos sociais advindos com as técnicas de sujeição e de transformação do espaço urbano. Nesse sentido, era fundamental ao Estado alimentar um ideal de gosto pela vida, persistência da prole, prolongamento da saúde, felicidade do corpo – e que tudo isso seria obtido a partir das implantações de técnicas médicas. O Estado brasileiro passou a destinar estratégias biopolíticas no seu alvo (a população).

Convém lembrar que a higienização dirigiu-se apenas às famílias elitistas: não interessava ao Estado modificar o padrão familiar dos escravos, os quais deveriam continuar obedecendo ao código punitivo sempre presente na jurisdição colonial. Escravos, mendigos, vagabundos, ciganos, capoeiras etc., deveriam servir de “anti-norma”, de casos-limite da infração higiênica. Foi sobre as elites que a medicina fez incidir sua política familiar, criticando a família colonial acerca dos seus crimes considerados anti-higiênicos contra a saúde. Destarte, a camada dos “sem-família” recebia um tratamento de ordem muito mais policial do que médico, obedecendo às normas do recrutamento militar ou aos espaços de segregação higienizados como prisões e asilos.

A eficiência científica da higiene, a impregnação do saber médico na população, veio a calhar como poder auxiliar na política de transformação dos indivíduos do Brasil colonial em função das razões do Estado português; sua força foi impulsionada pelo interesse político do Estado na saúde da população. Percebe-se então que as medidas de higiene destinadas à população estiveram relacionadas ao modo de agir de uma polícia médica. Esta, também vinculada a um conjunto de teorias, políticas e práticas aplicadas à saúde e bem-estar da população, e ao que se refere à procriação, bem-estar da mãe e da criança, prevenção de acidentes, controle e prevenção de epidemias, organização de estatísticas populacionais, esclarecimento do povo em termos de saúde, garantia de cuidados médicos, bem como a organização da profissão médica (MACHADO et al, 1978).

A preocupação com a subsistência da cidade era manifestada pela edificação e melhoramento de estradas, construção de pontes e execução de medidas para facilitar a condução de víveres. A esta temática articula-se o zelo pela saúde da população: fazia parte dos encargos da guarda real o aterro de pântanos, calçamento de ruas,

encanamento das águas, providências de grande utilidade para o trânsito e a saúde pública. Portanto, percebemos na implantação destas medidas a concretização de um governo policial que visava conhecer e ordenar a população, e cujo poder se estendia à competência propriamente jurídica sobre os infratores da ordem atribuída.

Em relação às práticas de medicina social desenvolvidas na Europa, nos países que tomamos como exemplos, podem ser indicados alguns traços de semelhança e diferença com o Brasil. Na Alemanha, assim como no Brasil, a medicina social esteve atrelada à polícia médica. Entretanto, no primeiro a polícia médica preocupava-se em normalizar a figura do médico; já no Brasil a polícia médica atendia a uma política higienista, utilizando-se da militarização para “limpar” as cidades. A higiene urbana aplicada na França, com apoio de práticas médicas, também se fez presente no Brasil. Com relação à Inglaterra, podemos pontuar uma aproximação entre a Lei dos Pobres (que contribuiu para demarcar distinções, tanto geográficas quanto de direito, entre ricos e pobres ingleses) com as práticas higienistas aplicadas de forma diferenciada entre as classes elitista e pobre do Brasil.

A chegada do século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação político e econômico que atinge igualmente o âmbito da medicina social, inaugurando duas de suas principais características: a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e das práticas médicas, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado. Conforme Machado:

Antes do século XIX não se encontra, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho de Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade, que hoje chega a aparecer como óbvia e atemporal. Até esta época a totalidade da administração colonial não organiza a sociedade levando em consideração o planejamento de um combate às causas das doenças, procurando instaurar ou conservar um regime de saúde. A produção da saúde não faz parte de sua configuração histórica. Seu objetivo é, neste campo, fundamentalmente evitar a morte (MACHADO et al, 1978, p.154).

Na perspectiva de combater o mal, a saúde não aparecia como algo que podia ser produzida, cultivada, organizada. A transformação do objeto da medicina marcará um deslocamento de olhar focado na doença para um enfoque na saúde. Nesse sentido, não

seria mais simplesmente a ação direta e lacunar sobre a doença como essência isolada e específica que move o projeto médico. A figura do “médico político” passou a agir de modo a estreitar ou impedir o aparecimento de doenças, cuidando contra tudo que poderia interferir o “bem-estar físico e moral” da sociedade.

Se a sociedade, por sua desorganização e mau funcionamento, é causa de doenças, a medicina social deve assumir a responsabilidade de refletir e atuar sobre seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais visando eliminar todo perigo possível. O esquadramento urbano do século XIX é mais exaustivo, sutil e sistemático, fundado em um saber médico aparelhado para esclarecer o estado da sociedade, o solo, o clima, a população. Não obstante, tudo que não for identificado pelo olhar metucioso da medicina ainda configura-se como um mal a ser evitado e extinto. Eis que as periculosidades, as anormalidades continuam a ser fabricadas: insanos, delinquentes, alcoólatras, esquizofrênicos, epiléticos, usuários de drogas persistem em receber tratamentos de âmbito jurídico e/ou policial em detrimento de uma atenção por parte da política pública de saúde.

## **2.2 A questão das drogas no Brasil: caso de saúde pública, caso de polícia**

Em seu estudo acerca do processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas, Machado (2006) indica que as primeiras medidas de tratamento destinadas aos dependentes de drogas, no início do século XX no Brasil, não surgiram no campo da saúde pública, elas foram propostas no âmbito da justiça penal.

Essa afirmação, tratar os usuários de drogas por meio de aparatos judiciais, parece não se encontrar tão distante de questões presentes: em maio de 2011, deputados federais integrantes de uma comissão especial<sup>16</sup> direcionada para formular planos de ação contra as drogas visitaram a crackolândia no centro da capital paulista; junto a essa

---

<sup>16</sup> Disponível em: <http://noticias.terra.com.br/brasil/policia/governo-prepara-novo-plano-de-combate-ao-crack-para-outubro,59fdcc00a90ea310VgnCLD200000bbcc0aRCRD.html>. Acessado em 29 de maio de 2011.

comissão, o diretor do Departamento Estadual de Investigações Sobre Narcóticos de São Paulo (DENARC) sugeriu uma mudança na legislação para que houvesse a internação compulsória de dependentes de crack.

A partir de um aparato legislativo criminalizavam-se as várias condutas associadas à produção, ao comércio e ao uso de drogas, criminalização destinada às pessoas que cometiam o ato ilícito de se drogar. Essas medidas tiveram a contribuição das bases técnico-científicas tecidas pelo saber psiquiátrico para sua legitimação e estavam comprometidas com o estabelecimento da repressão e do controle do uso de drogas no país. Baseavam na compreensão do usuário de drogas como doente e/ou como criminoso e as ações propostas no cenário internacional contribuía para esse quadro: ao longo do século XX, diversos países decidiram que a questão das drogas precisava ser enfrentada conjuntamente para prevenir e controlar a produção, o tráfico e o consumo. Convenções das Nações Unidas foram organizadas no intuito de restringir a venda e o uso de diferentes substâncias para fins medicinais. Essas convenções foram agrupadas na Convenção de Drogas e Narcóticos, de 1961. Em 1971, a Convenção sobre Substância Psicotrópicas estabeleceu um sistema internacional de controle para uma lista de drogas farmacêuticas e outras substâncias psicoativas.

Muito embora encontremos dificuldades na busca de fontes bibliográficas que versem sobre a dimensão política dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil, Costa (2007) nos indica que desde o início do século XX problemas relacionados ao alcoolismo já se faziam presentes no Brasil. Entretanto, o governo brasileiro permanecia tolerante em relação ao uso incontestado de álcool, sendo as primeiras intervenções governamentais motivadas por outras drogas que se tornaram ilícitas ainda no início daquele século, embora pouco consumidas no país.

Costa (2007) atenta ainda para o fato de que o alcoolismo passou a vigorar nos grandes centros urbanos brasileiros, chegando a ser considerado pela eugenia e o saber psiquiátrico da época como causa da desorganização moral e social da sociedade, causador da marginalização e da prostituição. Logo, os programas de higiene mental, a redução do consumo de bebidas alcoólicas e a regeneração da sociedade, passaram a fazer parte dos planos de intervenção estatal – medidas de controle social dos pobres.

Frente à inoperância do poder público em relação ao alcoolismo, surgiram as primeiras instituições (privadas) incumbidas de proporcionar educação antialcoólica, sendo esta marcada por concepções moralistas e higienistas. Essas instituições foram: Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária e Liga Brasileira de Higiene Mental, União Brasileira Pró-Temperança.

Em relação às outras drogas, o governo brasileiro já adotava posturas repressivas, e participava ativamente de reuniões internacionais que abordaram a questão das drogas. Em 1911, aderiu à Convenção de Haia, a qual estabeleceu o primeiro tratado internacional que propôs controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. Esteve também nas reuniões da Organização das Nações Unidas (ONU), realizadas em 1961, 1971 e 1988, que deram origem a convenções internacionais que reafirmaram a necessidade de adoção de medidas de coerção à oferta e ao consumo de drogas (MACHADO, 2006).

Essas convenções influenciaram as respostas estatais de enfrentamento ao uso e consumo de drogas, prioritariamente pela ótica criminal da polícia. Em 1924, o Código Penal Brasileiro passou a prever ordem de prisão àqueles que vendessem ópio, seus derivados e cocaína, além de criar o sanatório de toxicômanos: tais medidas pretendiam nada mais do que o banimento dos usuários de álcool e outras drogas do convívio social, justificando-se pela ameaça à ordem social causada pelos mesmos (MACHADO, 2006). Nesse sentido, passados vários anos desde a Proclamação da República (1889), ainda se tinham características aproximadas às práticas repressivas (como as implantadas pelo Marques de Lavradio no Brasil colonial) e ao esquadramento do espaço urbano (limpeza das ruas a partir da não circulação de usuários de drogas): a embriaguez que acarretasse atos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública era punida com a internação compulsória.

Os anos 1930 e 1940 foram marcados pelos programas da Liga Brasileira de Higiene Mental que continuavam a enxergar o alcoolismo como um mal ao convívio social, e visavam regenerar a sociedade conforme um código moral particular (COSTA, 2007). Nas décadas de 1960 e 1970, os movimentos hippies e a contracultura criticavam as subjetividades hegemônicas da época, disseminaram práticas de experimentação de

drogas como a maconha e as alucinógenas, e propunham manifestação política ao questionar os modos de subjetivação dominantes (DIAS, 2008).

O regime ditatorial instalado não só no Brasil, mas em toda América Latina, estava inserido em um panorama internacional de mudanças macroeconômicas: setores como Educação, Saúde e Informação passaram a ser, cada vez menos, funções públicas para se tornarem serviços privados, tornando a vida da população brasileira uma mercadoria da política neoliberal. Nesse sentido, no campo da saúde prevalecia o modelo assistencial hospitalocêntrico, de compra de serviços, no qual as instituições responsáveis pela organização da área pública da saúde encontravam-se controladas pelos representantes dos interesses privados.

Entretanto, o até então “milagre econômico” enunciado pelo governo ditatorial começa a apresentar traços de um total fracasso: a falência do modelo econômico nacional e o desemprego conjuntural obrigaram muitas pessoas a se sustentarem através de diferentes atividades informais. Agregada a essa conjuntura social estavam o sucateamento da educação pública e o discurso do aumento da violência urbana.

Em 1971, a Lei de nº 5726 introduziu mudanças significativas à interpretação do uso de drogas ainda que no âmbito da justiça penal. O saber médico-psiquiátrico passou a exercer um forte poder de determinação junto às ações estatais: o usuário de drogas torna-se um doente e os hospitais psiquiátricos dispositivos assistenciais privilegiados de atenção, passando a ter como objetivos salvar e recuperar os usuários de drogas. A respeito desse modo de subjetivação que passou a tratar o “drogado” como doente, Coimbra (1995) afirma:

Duas categorias são produzidas e muito disseminadas nos anos 70 no Brasil: a do subversivo e a do drogado, ligadas à juventude da época. A primeira é apresentada com conotações de grande periculosidade e violência, visto ser uma ameaça política à ordem vigente; deve ser identificada e controlada. Tal categoria vem acompanhada de outros adjetivos, como: criminoso, traidor, ateu, etc., o que traz fortes implicações morais. [...] No drogado, o aspecto da doença já está dado; é um ser moralmente nocivo, pois tem hábitos e costumes desviantes. [...] Na época, as drogas são associadas a um plano externo para minar a juventude, tornando-a presa fácil das ideologias subversivas. Aí, juntam-se drogado subversivo, o que se torna perigosíssimo, pois encarna todos os males e é um agente consciente de contestação à sociedade (COIMBRA, 1995, p. 29).

Essa Lei nº 5726/71 foi reafirmada cinco anos mais tarde, em 21 de Outubro de 1976 pela Lei nº 6368. Entretanto, algumas alterações foram pontuadas: substituição do termo viciado (ou drogado) por dependente de drogas; a proposta de criação de estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes de drogas na rede pública de saúde; a proposta de tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar, bem como a indicação do tratamento – e não mais da internação – como medida compulsória (MACHADO, 2006).

Na década de 1980 o Brasil vivenciou um intenso movimento de contestação no campo da saúde pública, sendo a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica 8.080 de 1990 que regulariza o Sistema Único de Saúde (SUS), marcos de um amplo processo iniciado ainda no final dos anos 1970. Essas contestações eram motivadas em razão da política de privatizações tecida pelo Estado ditatorial e totalitário, o qual destinava atenção aos interesses privados da oligarquia nacional ligados às iniciativas transnacionais.

É dentro deste contexto que, a partir da década de 1990, o tráfico ilícito, sobretudo de cocaína, ganha projeção no mercado nacional. No cenário internacional, o comércio e o uso desenfreado das drogas passaram supostamente a configurar uma ameaça à democracia mundial. Por conseguinte, a emergência da política global de “guerra às drogas”, liderada pelos EUA, ampliou e fortaleceu a economia bélica, fomentando outras tantas práticas totalitárias.

Tentando analisar a questão das drogas por uma via de produção de subjetividades neoliberais, podemos sinalizar que na medida em que a guerra às drogas ganha espaço por meio de dispositivos de controle social, processa também um aspecto da economia neoliberal: a lógica do consumo. Segundo Negri e Hardt (2001), esta lógica aponta para a produção de subjetividades consumistas, na qual os produtos são antes imateriais do que materiais. Nas sociedades de consumo os produtos são intangíveis, como uma “sensação de bem estar”, uma “sensação de poder”, um “estilo de vida”. O marketing e os meios de comunicação investem, sobretudo, no desejo como motor da economia: o desejo passa a ser produzido. Os produtos imateriais são consumidos através de diferentes meios materiais, mas não se reduzem aos mesmos.

Seguindo esta ótica, o tráfico de drogas não se reduz à sua produção material, e se estende ao plano da produção de subjetividades consumistas. As drogas em si

representariam o produto material, embora o uso e as sensações que elas proporcionam correspondem a uma dimensão imaterial. Por conseguinte, essa dimensão movimenta intensamente o comércio das drogas, uma vez que não operacionaliza distinções entre as substâncias lícitas ou ilícitas – estão em jogo as subjetividades consumistas.

No entanto, as guerras às drogas focam suas ações na perspectiva material das drogas e firmam-se como dispositivos de controle social, disparados comumente às camadas menos favorecidas, encobrendo uma lógica de consumo que movimenta o mercado mundial de drogas lícitas e ilícitas.

No período da democratização do Brasil, o exercício de poder gerado no embate entre forças democráticas e forças repressivas constituía um jogo de contradições em relação à questão das drogas. Por exemplo, a elaboração da Constituição de 1988, ao mesmo tempo em que garantia plenos direitos individuais, se efetivou em coexistência com a antiga Lei do Direito Penal (Lei 6368/76 de Entorpecentes) a qual previa o dever de cada cidadão em colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente (DIAS, 2008).

No âmbito do Ministério da Justiça, o decreto nº 85110 de 02 de setembro de 1980 instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, o qual tinha como principal órgão o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN). De caráter normativo, o CONFEN era encarregado por diversos assuntos e ações pragmáticas governamentais associadas ao tema das drogas, tais como: propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica. Segundo Machado (2006), os primeiros direcionamentos tomados pelo CONFEN eram direcionados apenas às drogas ilícitas, passando a abordar questões relativas às drogas lícitas na segunda metade da década de oitenta.

O CONFEN foi extinto em 1998, e suas ações passaram a ser coordenadas pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD)<sup>17</sup> e pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)<sup>18</sup>, vinculada desde sua origem à Casa Militar da Presidência da República.

---

<sup>17</sup> Denominado atualmente Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD).

<sup>18</sup> Denominada atualmente Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

Esta foi transformada em 1999 em Gabinete de Segurança Institucional do Presidente da República, mas não deixou de apresentar seu caráter militarista, atendendo a lógica da repressão ao usuário de drogas.

Segundo Machado (2006), desde a sua implantação, a SENAD passou a direcionar seus esforços em ações pontuais relacionadas ao tratamento dos usuários de drogas, como o apoio à melhoria da qualidade do trabalho realizado pelas comunidades terapêuticas e o incentivo à realização de pesquisas pelos centros de referência na área de drogas. Em relação aos programas de redução de danos, a SENAD oscilava seus posicionamentos, ora favoráveis, ora resistentes – mas sem chegar a inviabilizar a implantação das ações de redução de danos no Brasil.

No endereço eletrônico da atual Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), podemos ver que suas competências se pautam em: exercer a secretaria-executiva do CONAD; articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; propor a atualização da política nacional sobre drogas na esfera de sua competência; gerir o Fundo Nacional Sobre Drogas (FUNAD) e o Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas (OBID).

Ao que concerne ao campo da saúde, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas implantada em 2003, em acordo com as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no ano de 2001, visa assumir “de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como problema de saúde pública” (BRASIL, 2004, p. 10). Enuncia ainda a eliminação da lógica criminal que entende a associação entre usuários de drogas e criminosos, e direciona suas ações para dois aspectos subsequentes: redução da oferta e redução da demanda, os quais contariam primeiramente com ações da “justiça, da segurança e da defesa”; em um segundo momento, por meio de “*tratamentos de internação com afastamento do usuário do agente indutor*” (BRASIL, 2004, p. 11).

Em relação às ações de redução de danos, essa política as percebe como paradigma da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, além da utilização destas ações na construção de estratégias de articulação com a rede pública de saúde e os

diversos equipamentos sociais. Segundo a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas:

Se afirmamos que a redução de danos é uma estratégia, é porque entendemos que, enquanto tal, e para ter a eficácia que pretende, ela deve ser operada em interações, promovendo o aumento de superfície de contato, criando ponto de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, adscrevendo a clientela, qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004, pp.10-11).

Nesse sentido, as estratégias de redução de danos passam a ser entendidas como um método clínico-político, que através da criação de redes de suporte social no território, tende a promover novos movimentos na cidade e a romper com práticas repressivas de combate ao uso de drogas, conectando diversos serviços de saúde abertos, flexíveis e articulados com outros pontos da rede de saúde. Segundo o Ministério da Saúde, a redução de danos oferece uma perspectiva promissora de tratamento aos usuários de drogas, pois:

[...] reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa da sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2004, p.10).

No domínio do Ministério da Justiça, a Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005 aprova a Política Nacional Sobre Drogas, a qual designa em seu primeiro intento a busca incessante de atingir o “ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas”. Muito embora pontue diferenças de tratamentos destinados para o usuário (pessoa em uso indevido), o dependente e o traficante de drogas, bem como o tratamento igualitário e sem qualquer forma de discriminação frente aos usuários, percebemos ainda vigorar, por detrás do

ideal de uma sociedade “livre das drogas” uma intensa configuração de controle social. No tocante às estratégias de redução de danos, pontua que não devem ser feitas confusões quanto ao entendimento destas como incentivadoras do uso indevido de drogas, uma vez que concernem a estratégias de prevenção.

Diante desse plano de conjunturas políticas e posicionamentos de pouca similitude entre os Ministérios da Saúde e da Justiça acerca das estratégias de redução de danos para com os usuários de drogas, parece não haver uma reciprocidade de entendimentos entre o campo Legislativo brasileiro e os órgãos que põem em práticas as decisões. Numa tentativa de melhor entendermos a atual dinâmica em que se encontram dispostas as práticas de redução de danos no Brasil, o tópico seguinte tratará de alguns aspectos relevantes ao histórico da redução de danos, desde as suas primeiras experimentações até a assimilação institucionalizada no cenário político do país.

### **2.3 Redução de danos aos usuários de drogas**

No cenário mundial, o movimento da Redução de Danos (RD) surgiu na década de 1980 em resposta aos crescentes índices de transmissão e contaminação pelo vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), principalmente entre os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI). Em países europeus que compõem o Reino Unido e os Países Baixos, o campo da saúde pública passou a desenvolver intervenções ditas inovadoras, como programas de troca de seringas e prescrição médica de substâncias aditivas (MARLATT, 1999).

Em 1984, a partir de um surto de hepatite B em Amsterdã, um grupo de usuários de heroína preocupado com a expansão do vírus entre aqueles que compartilhavam seringas, passou a pressionar o governo local com o intuito de que este passasse a distribuir material esterilizado para os UDI. Desde essa época, há na Holanda a Liga de Dependentes (a Junkiebond): usuários e dependentes químicos holandeses organizam-se, como uma espécie de sindicato, e conseguem participar ativamente nas decisões do governo em relação às drogas. Segundo Marlatt:

A participação dos dependentes associados ao Junkiebond levou ao desenvolvimento do primeiro programa de troca de seringas em

Amsterdã em 1984. O Serviço Municipal de Saúde fornecia seringas e agulhas descartáveis em grandes quantidades uma vez por semana ao Junkiebond para distribuição em troca da coleta de agulhas usadas (MARLATT, 1999, p.31).

Esse mesmo autor, ao se reportar sob um artigo de jornal local, acrescenta que a postura adotada pelo governo holandês, mediante as ações da Liga de Dependentes, pautou-se em revisar a política local sobre drogas e adotar um viés da “normalização” frente aos usuários de drogas:

[A normalização] se apresenta como uma posição política pragmática, que se coloca entre a guerra às drogas, por um lado, e a legalização, por outro. A normalização está, primordialmente, voltada às necessidades do usuário de drogas e ao objetivo de reduzir ao mínimo todas as formas de danos que podem decorrer das respostas ao controle, distintas daquelas decorrentes do uso de drogas em si. Contudo, a normalização não significa desistir do cumprimento da lei. Trata-se de melhor ajustar o cumprimento da lei de modo a evitar a rotulação estigmatizadora dos usuários de drogas... e é uma tentativa de separar os mercados de drogas inaceitavelmente perigosas dos de drogas menos perigosas [...] (DORN, 1989, p.995, apud MARLATT, 1999, p.32).

A política holandesa sobre drogas também visou ampliar o acesso dos dependentes aos programas de tratamento, desenvolvendo ações tanto de âmbito comunitário (como os consultórios de rua<sup>19</sup> que não possuem ponto fixo de atuação) quanto ações destinadas a usuários em situação de internamento. Os programas de redução de danos passaram a incluir trabalho de campo com dependentes nas ruas, em hospitais, prisões e em centros de livre circulação de profissionais do sexo.

Ademais, a distribuição e troca de seringas entre os usuários de drogas se revelava como uma estratégia eficaz e de baixo custo para a prevenção e transmissão de doenças. Com relação ao vírus da AIDS, essa mesma estratégia se caracterizaria como minimizadora dos efeitos da epidemia emergente, em escala mundial, ainda nos anos oitenta. Diante desse quadro, não muito se demorou à redução de danos se firmar como

---

<sup>19</sup> Consiste num ônibus que pára algumas horas do dia em pontos da cidade. A equipe é formada por um motorista, e dois enfermeiros que estabelecem contato com usuários inscritos no cadastro de acompanhamento, distribuem panfletos informativos sobre o uso de drogas, preservativos, seringas descartáveis e suprimentos de primeiros socorros (MARLATT, 1999).

prática de saúde, alargando gradativamente suas estratégias de intervenção para além da troca ou da distribuição de seringas descartáveis.

Em paralelo ao que se passava na Europa, aqui no Brasil, especificamente na cidade de Santos-SP, os enunciados em torno das ações de redução de danos também emergiram associados a altos índices de transmissão do vírus da imunodeficiência (HIV) entre os usuários de drogas injetáveis. Abrigando o maior porto da América Latina, Santos caracteriza-se por um intenso fluxo de pessoas e mercadorias, o que proporciona, ao mesmo tempo, um contato mais imediato com os desconhecidos trazidos pelo Atlântico. Nesse sentido, Santos foi considerado na década de 1980 como um dos municípios com maior índice de pessoas infectadas pelo HIV (20% dos casos nacionais e 38% dos casos no estado de São Paulo) e uma das principais portas de entrada da AIDS no Brasil. Em seu estudo sobre a incidência do vírus da AIDS no Brasil, Adair assinala que:

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

Diante desses elevados casos da doença, a saúde pública da cidade de Santos passa a conviver com organizações que visam soluções para este problema, reduzir a incidência da AIDS ou, ao menos, reunir pessoas interessadas nas intervenções em redução de danos para um debate em torno de estratégias de saúde pública. Algumas dessas organizações foram o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), a Associação Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e o Instituto de Estudos e Pesquisa em AIDS de Santos (IEPAS) (SOUZA, 2007).

Em 1989, Santos já havia se transformado em rota de tráfico e escoamento de drogas para a Europa e para a América do Norte. O fato de se ter uma elevada oferta de cocaína nessa cidade passou a circular entre os discursos que reforçavam a relação oferta de drogas / aumento de casos de AIDS, conferindo o referido epíteto nada lisonjeador de “capital da AIDS”. O uso de drogas injetáveis se revelou um poderoso

motor de difusão do vírus HIV, de modo que pesquisas da época chegaram a afirmar que mais de 50% dos casos de AIDS em Santos estavam relacionados a essa prática.

A fim de conter a evolução da epidemia de AIDS, uma nova gestão de saúde de Santos, em parceria com o governo municipal, criou o primeiro Programa de Redução de Danos (PRD) no Brasil, baseado especialmente na troca e distribuição de seringas. A respeito do pioneirismo da redução de danos em Santos, Lancetti comenta:

Durante o período de 1989 a 1996, Santos foi a primeira cidade brasileira sem manicômio; a primeira cidade a reverter epidemiologicamente o quadro de contágio pelo vírus da aids; a primeira cidade a criar programas de assistência domiciliar e a inventar uma metodologia de trabalho com meninas prostituídas e dependentes do crack etc., e também a primeira cidade a aplicar a metodologia de distribuição gratuita de seringas descartáveis (LANCETTI, 2006, p. 79).

Projeto este precocemente interrompido por uma ação judicial, contexto em que o paradigma beligerante da guerra às drogas se impunha como força contrária às experimentações em políticas públicas que se iniciavam. Sob argumentos de que tal ação constituía uma apologia ao uso de drogas, invocava-se o enquadramento da Lei.

Entretanto, tamanho aporte moralizador da Lei não minaram as intervenções locais baseadas na redução de danos destinada a usuários de drogas. Alguns profissionais que até então haviam composto a equipe de DST/AIDS em Santos criaram outra via de ação, baseada na distribuição de hipoclorito de sódio para desinfecção de agulhas e seringas, e intitulada por muitos autores como via underground, uma vez que buscava efetivar as ações em redução de danos. Para Lancetti (2006), essa via underground (fora do aparelho de Estado), impulsionava as ações de redução de danos na direção contrária aos enunciados condizentes ao poder coercitivo da Lei que defendiam uma sociedade livre das drogas, bem como se fazia capaz de evocar os saberes das minorias historicamente marginalizadas. Nesse sentido, essa via de ação para com os usuários de drogas também enunciava um discurso a favor do protagonismo desses mesmos usuários, convocando-os a participar de suas ações.

Apesar da suspensão do projeto de troca de seringas em Santos, baseada no discurso da apologia ao uso de drogas por meio das ações de redução de danos, estas não deixaram de ganhar visibilidade no debate público acerca das estratégias a serem

adotadas em relação aos usuários de drogas. Pesquisas realizadas nos anos 1990 apontavam a importância das estratégias de redução de danos no tratamento dos usuários, uma vez que seus enunciados diziam que tais estratégias priorizavam o trato ético e humano através do contato direto com os usuários, acolhendo-os mediante uma postura não discriminatória ou excludente.

Uma dessas pesquisas, em 1993, foi denominado Projeto Brasil, financiado pelo Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/ AIDS) e pelo Banco Mundial. Nesta, foram realizados estudos multicêntricos em cidades onde havia sido detectada epidemia de AIDS entre os usuários de drogas injetáveis, contribuindo para um discurso em favor das ações de redução de danos e, conseqüentemente, para sua legitimação como viés de atuação. Com os resultados dessas pesquisas, as ações de redução de danos passaram a receber financiamento da Coordenação Nacional de DST/AIDS em convênio com o Banco Mundial por meio do “Projeto de Drogas”, direcionado apenas para usuários de drogas injetáveis. Esse projeto, a partir de 1994, precipitou a emergência de intervenções de redução de danos em dez estados brasileiros que apresentavam alto número de notificações de casos de AIDS em função do uso de drogas injetáveis: Bahia, Ceará, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal (SOUZA, 2007).

Em 1995, o Projeto de Redução de Danos da Universidade Federal da Bahia (UFBA) também implantou um projeto de fornecimento de seringas no Estado da Bahia. Apesar de posicionamentos contrários, aos poucos os projetos adquiriram expansões, sendo que a partir de 1997 as estratégias de redução de danos começaram a adquirir uma visibilidade nacional no cenário da saúde pública. Associações estaduais e nacionais de redutores de danos foram instaladas, como a Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA), fundada nesse mesmo ano; a Associação Carioca de Redução de Danos (ACRD), criada em 1999 com a participação de técnicos do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD); a Associação Baiana de Redução de Danos (ABAREDA), em 2001. O estado de São Paulo foi palco de dois grandes marcos desta política pública de saúde: a promulgação da Lei Estadual do Deputado Paulo Teixeira que legalizava a troca de seringas aos Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) e a realização, em março de 1998, da 9ª Conferência Internacional de Redução de Danos – aberta no Palácio dos

Bandeirantes, reuniu delegados de 50 países do mundo e teve grande repercussão na mídia brasileira. Em setembro de 2001, existiam cerca de 100 projetos de redução de danos em curso no Brasil (ABORDA, s/d).

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria GM 457 de 16 de abril (BRASIL, 2003), o Grupo de Trabalho Intraministerial – Grupo de Álcool e outras Drogas (GAOD), incluindo representantes do Gabinete da Secretaria Executiva, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da Coordenação Nacional DST/AIDS e da Secretaria de Atenção à Saúde nas seguintes áreas: Saúde Mental, Saúde do Adolescente e do Jovem, Prevenção da Violência e Causas Externas, Saúde do Trabalhador e Atenção Básica. O objetivo deste grupo era o de intervir nas políticas públicas voltadas aos usuários de drogas, na tentativa de propor um direcionamento mais voltado para o campo da saúde do que da segurança pública. Nesse sentido, o que estava em jogo era a decisão de lidar com o problema das drogas de forma integrada e ampla, destinando aos usuários práticas de cuidado, ao passo que se distanciavam as marcas da oposição entre o permitido e o proibido. Além disso, quis-se afirmar a inseparabilidade entre prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e produção de saúde (BRASIL, 2004).

É com esse direcionamento que o GAOD passa a apostar na redução de danos como abordagem ao problema de uso abusivo de álcool e outras drogas: universalidade no atendimento e transformação nos modos de compreender os fenômenos do uso e abuso de drogas para além da oposição entre lícito e ilícito – inclusive no que diz respeito ao cuidado da saúde, admitindo-se a possibilidade de outras formas de se produzir saúde. Por este viés, a redução de danos possibilita problematizar o modo que a questão das drogas vem sendo tratado de forma hegemônica sob o paradigma da guerra às drogas, aliado ao ideal da abstinência e da sociedade livre das drogas. Portanto, vê-se uma margem de abertura para considerarmos a afirmação da redução de danos como um foco de resistência política e ética, conforme coloca a Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA):

A Redução de Danos, enquanto estratégia de cuidado, engendra um discurso político que entende saúde como sinônimo de autonomia. Isto significa colocar-se, no campo da saúde, a partir de uma compreensão da história das práticas ocidentais de cuidado como sendo a história do desenvolvimento de dispositivos de controle, situando, neste contexto,

à Redução de Danos como possibilidade de resistência a este processo. Como possibilidade de exercício do cuidado de si (ABORDA, s/d. Grifo nosso).

As estratégias de redução de danos apostam ainda que o protagonismo proposto pelos redutores de danos (agente encarregado em realizar essas estratégias in lócus) frente aos usuários de drogas deve ser pautado para além de uma relação unilinear entre a figura do redutor de danos e a figura do usuário. Comumente, os equipamentos destinados à efetivação da Política Nacional Sobre Drogas preferem que os redutores de danos atendam a dois critérios: que tenham sido ex-usuários de drogas e que conheçam a comunidade em que atuarão. Além disso, para essa Política o usuário de drogas não deve assemelhar-se à dimensão ‘paciente’, pois postula que as estratégias de redução de danos devem primar, ao mesmo tempo, para que o usuário de drogas se sinta implicado (de forma ativa) na busca pelo cuidado de si, e para que seja fortalecido o protagonismo desse mesmo usuário mediante as suas próprias ações (ABORDA, s/d).

Engajada numa postura de favorecimento do protagonismo do usuário, a redução de danos enuncia um discurso contrário à tutela que, segundo Fuganti (2007), naturaliza formas de viver separando-as de sua potência e de sua capacidade criativa. Nos termos do autor, “a tutela, a oferta sedutora de direitos e de créditos implica o mesmo pressuposto do poder que também separa, endivida, oprime, reprime, explora e adocece<sup>20</sup>” (FUGANTI, 2007). Destarte, a tutela emerge como um dispositivo de poder e assujeitamento conforme implica uma relação verticalizada e unilinear entre o tutelado e aquele quem tutela, coagindo as possibilidades de um trabalho conjunto e a construção de uma co-responsabilidade entre os usuários de um determinado serviço e aqueles que o prestam – o que marca uma postura muito diferente de “estar com”. Daí que seja preciso evitar os perigos decorrentes do redutor de danos tomar a frente do acompanhamento sem que suas possibilidades sejam exploradas em conjunto com o principal interessado – o usuário. Segundo Neves e Rollo (2006):

Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se fazem numa rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes. Cuidar

---

<sup>20</sup> Discurso de Luis Fuganti proferido no CRP - RJ em 29.03.2007. Disponível em: [http://escolanomade.org/escolanomade/index.php?option=com\\_content&view=article&id=100:biopoder-naspoliticas-de-saude-e-desmedicalizacao-da-vida-por-luiz-fuganti-&catid=25:artigos&Itemid=55](http://escolanomade.org/escolanomade/index.php?option=com_content&view=article&id=100:biopoder-naspoliticas-de-saude-e-desmedicalizacao-da-vida-por-luiz-fuganti-&catid=25:artigos&Itemid=55).

dessa rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder, é uma exigência maior (imperativo) no trabalho em saúde. Pois é em meio a elas, em seus questionamentos, e através delas que construímos nossas práticas de co-responsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades (NEVES; ROLLO, 2006, p. 11).

A noção de protagonismo atrelada ao usuário de drogas marca neste trabalho um caminho de análise, uma vez que toma como questionamento a formulação desse próprio protagonismo frente às estratégias de redução de danos: qual o sentido do protagonismo enunciado pelas estratégias de redução de danos? Trata-se de um protagonismo caracterizado pela noção de homo oeconomicus, tal qual Foucault nos diz quando trata da biopolítica no neoliberalismo americano?

Além de afirmarem-se como propulsora do protagonismo dos usuários de drogas, as estratégias de redução de danos intitulam-se como práticas potencializadoras de uma ética de si na medida em que atentam para o fato de que os usuários de substâncias (sejam elas lícitas ou não) são também cidadãos, e que devem ter seus direitos – de escolha, à saúde e à dignidade – muito bem salvaguardados e afirmados. Nesse sentido, no seu discurso em tons de valorização da autonomia e da liberdade do usuário de drogas, a cartilha do Ministério da Saúde – Drogas e Redução de Danos: Uma cartilha para profissionais de saúde – publicada no ano de 2008 e elaborada em parceria com o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) e a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), apresenta a noção de cuidar-se relacionada à noção de prevenção:

Prevenção do uso indevido de drogas é, na verdade, toda e qualquer ação que contribua para que o indivíduo possa caminhar, fazendo escolhas mais conscientes, sem interromper sua jornada em decorrência do abuso de uma substância entorpecente. Prevenção é propiciar experiências que vão dar subsídios para que o indivíduo seja capaz de cuidar-se e de organizar sua própria existência (BRASIL, 2008, pp. 8-9. Grifo nosso).

Essa mesma cartilha sinaliza que o desejo do usuário em cuidar-se pode ser despertado pelas estratégias em redução de danos, porque através do respeito destinado ao indivíduo e usuário de drogas – por parte dos agentes redutores – fica facilitado o

vínculo entre esses dois personagens, bem como os meios acessíveis para melhorar a qualidade de vida do usuário.

As estratégias de redução de danos entendem que uma melhor qualidade de vida dos sujeitos envolvidos com as drogas pode estar condicionada às formas diferenciadas de tratamentos oferecidos, as quais se distinguem em relação ao tipo de droga administrada. Por exemplo, aos usuários de drogas injetáveis os tratamentos em redução de danos se pautam em evitar os riscos de contaminação pelo HIV, causador da AIDS, o vírus da hepatite C (HCV) e o vírus da hepatite B (HCB). Os usuários são aconselhados a jamais compartilhar agulhas e seringas, e nunca reaproveitar equipamentos já utilizados. Para tanto, os redutores de danos visitam os locais de atuação (campo) – onde se sabe, previamente, que há consumo de drogas; apresentam-se, explicitam os seus propósitos, mencionam o órgão ou projeto social a que estão vinculados e oferecem o kit de prevenção aos usuários presentes. Tais kits são geralmente compostos de estojos que contêm duas seringas e agulhas, lenços descartáveis embebidos em álcool (para esterilizar o local de injeção), dois frascos de água destilada e dois copos para dissolver a solução. Possuem também de dois a quatro preservativos masculinos (BRASIL, 2008).

As práticas de redução de danos destinadas a usuários de drogas costumam apresentar, aqui no Brasil, um modo comum de atuação que consiste em elaborar programas educacionais ou cartilhas informativas que alertam os usuários sobre “possíveis riscos” que circunstanciam os comportamentos como beber, fumar, usar drogas (lícitas ou ilícitas) e praticar sexo. Seja no trabalho com indivíduos, sozinhos ou em grupos, as estratégias de redução de danos depositam esperanças nesses programas de cunho educacional para prevenir e minimizar possíveis danos relacionados ao uso de drogas e ao comportamento sexual considerados de alto risco. Em seus discursos lê-se ainda que as ações em RD a usuários de drogas diferenciam-se de outros programas de prevenção que focalizam exclusivamente a abstinência e promovem uma abordagem “tolerância zero”, ou “diga não às drogas”, uma vez que os objetivos da RD baseiam-se em destinar práticas do cuidado aqueles que já disseram “sim” à experimentação e uso constante das drogas (BRASIL, 2011).

No tocante aos princípios básicos e pressupostos da redução de danos, podemos elencar cinco aspectos considerados centrais:

1. A redução de danos como uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas.

Comumente, as opiniões sobre o uso e dependência de drogas baseiam-se sobre duas vias de análise: um viés moral e/ou um viés de doença. O modelo moral, marcante na política antidrogas norte-americana, considera o uso e/ou comercialização da droga como algo a ser evitado e passível de punição. Este modelo se pauta na idealização de uma sociedade livre de drogas e destina muito mais atenção ao controle da redução da oferta de drogas (fiscalização das fronteiras do país, por exemplo) do que ao usuário. O segundo aspecto, dependência como doença biológica que requer tratamento e reabilitação, foca em programas de prevenção que buscam remediar o desejo por drogas no indivíduo.

2. A redução de danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos.

As estratégias de redução de danos ao não se colocarem contrárias à abstinência estão considerando, ao mesmo tempo, que efeitos prejudiciais do uso abusivo de drogas podem ser colocados num continuum. Nesse sentido, a abordagem propõe uma redução gradual do uso visando como ponto final a abstinência.

Sobre esse pressuposto da redução de danos, Marlatt afirma:

Ao colocar os efeitos prejudiciais do uso de drogas em um continuum [...] ou de diagnosticar o uso de drogas como indicativo da presença ou da ausência de uma doença adictiva, os defensores da redução de danos incentivam qualquer movimento rumo à sua diminuição como um passo na direção certa (MARLATT, 1999, p.47).

3. A redução de danos surgiu como uma abordagem baseada na defesa dos dependentes (de baixo para cima), e não como uma proposta de política sobre drogas (de cima para baixo).

Como já mencionamos, o movimento da redução de danos iniciado na Holanda partiu do grupo de usuários de drogas injetáveis (os Junkiebond), o qual

pressionou o governo local a distribuir seringas descartáveis, uma vez que estes usuários estavam receosos de contrair o vírus da hepatite B num momento de epidemia. O movimento da redução de danos é conhecido também como *underground* (clandestino, subterrâneo, ou que resiste a algo) em decorrência das inúmeras lutas travadas com o modelo punitivo que enxerga o usuário como um mal a ser eliminado do contato social, como se ao usuário de drogas só restassem dois caminhos: a morte ou a prisão<sup>21</sup>.

4. A redução de danos promove acesso a serviços de baixa exigência ao tratamento do usuário como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência.

Serviços oferecidos, como os consultórios de rua<sup>22</sup>, são considerados exemplos de uma abordagem de baixa exigência ao usuário, pois não estabelecem a abstinência como um pré-requisito para o tratamento e o desenvolver de práticas do cuidado. Os consultórios de rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. A perspectiva da baixa exigência visa “encontrar o usuário onde estiver”, estabelecer diálogo e “tomar o usuário como parceiro capaz de assumir responsabilidade pela realização de mudanças pessoais em seus comportamentos e de ajudar os outros a fazer o mesmo” (MARLATT, 1999, p.50). Além disso, busca eliminar o estigma moralizador do dependente de drogas (frequentemente visto como viciado, criminoso, doente, bandido, anormal), uma vez que percebe a problemática das drogas como socialmente

---

<sup>21</sup> Referência ao título de uma campanha contra o crack realizada recentemente pelo Governo da Bahia, divulgada em outdoors e intitulada da seguinte forma: “Crack é cadeia ou caixão: Sem consumo o tráfico para.” Essa campanha também aponta que o crack é responsável por 80% dos homicídios, sendo a principal causa da violência na Bahia.

<sup>22</sup> No Brasil, as experiências dos consultórios de rua surgiram no início de 1999, em Salvador, na Bahia, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, instituição criada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Sua estrutura de funcionamento conta com uma equipe volante mínima com formação multidisciplinar constituída por profissionais da saúde mental, da atenção básica, e pelo menos um profissional da assistência social, sendo estes: médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais. Além desses, podem contar com oficinairos que possam desenvolver atividades de arte-expressão (BRASIL, 2010).

construída e relacionada às condições sociais, econômicas e culturais de cada um.

5. A redução de danos baseia-se nos princípios do pragmatismo empático.

Por este pressuposto, usar ou não usar drogas não se faz condizente ao questionamento do certo ou do errado, bom ou ruim, saudável ou doentio. Aceita o fato de que a sociedade sempre usou e sempre continuará a fazer uso de drogas, desvia a atenção dos rótulos dos usuários para as consequências do uso. O questionamento passa a ser o seguinte: o que pode ser feito para minimizar consequências prejudiciais do uso abusivo de drogas?

Esses pressupostos elencados pelas estratégias de redução de danos são ainda sustentados por uma perspectiva ética frente ao usuário de drogas. Entretanto, em muitos enunciados da redução de danos também se percebe uma entonação moral. Como exemplo, o último curso<sup>23</sup> oferecido pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) disponibilizava um material didático com a seguinte afirmação:

[As estratégias de redução de danos] são pragmáticas porque compreendem ser imprescindível continuar oferecendo serviços de saúde visando, principalmente, a preservação da vida para todas as pessoas que têm problemas com drogas. Mesmo que se compreenda que para muitas pessoas o ideal seria que não usassem mais drogas, sabe-se que isto pode ser muito difícil, demorado ou inalcançável. Portanto, é pragmática a ideia de que é necessário oferecer serviços, inclusive para aquelas pessoas que não querem ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias (BRASIL, 2011, p.157. Grifo nosso).

Por conseguinte, esse mesmo material defende a ideia de que o tratamento destinado ao usuário de drogas deve estar relacionado ao grau de risco que a droga oferece ao mesmo. Ou seja, o risco pode ser suposto a menos prazo ou menos provável – por exemplo, a uma pessoa que fuma tabaco não se cogita tratamento compulsório, pois, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 50% das pessoas que fumam morrem de doença associada ao fumo. Como também, o risco pode ser imediato,

---

<sup>23</sup> Intitulado Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 4ª edição, 2011. Curso oferecido à distância através da parceria entre a SENAD e a Universidade Federal de Santa Catarina.

concreto e grave – quando a pessoa faz uso de droga [não descreve quais drogas] e “se coloca continuamente em risco sem perceber a necessidade de tratamento, pode precisar receber alguma forma de controle externo” (BRASIL, 2011, p.167). Ao abordar os desafios futuros a serem enfrentados pela redução de danos, parte do princípio de que todo usuário de drogas que não recorre a uma ajuda passa a oferecer riscos tanto à sua vida, quanto à vida dos demais. Ainda segundo esse mesmo material didático da SENAD:

[...] o controle da vontade pode ser inconstante para algumas pessoas. De uma forma geral, seus entes mais próximos (familiares, amigos, colegas ou chefia de trabalho) podem ajudá-los a estabelecer seu controle da vontade e para isso, precisam exercer alguma pressão, constituindo um controle externo provisório. Em casos mais graves, ou quando os familiares não conseguem funcionar como esta instância de controle externo, a intervenção da Justiça pode ser necessária (BRASIL, 2011, p.167. Grifo nosso).

É preciso ainda frisar que mesmo se tratando de uma política oficial de saúde pública com incentivo e apoio do Estado, a redução de danos encontra ao longo de seu histórico muitos entraves gerados pelas práticas e discursos vinculados ao paradigma de “guerra às drogas”, no qual predomina o considerar da questão sob o prisma da segurança pública, judicialização e militarização do enfrentamento ao tráfico, juntamente ao ideal de abstinência e repressão ao uso de drogas.

Por ser curioso o lugar da redução de danos nas políticas de saúde pública – por um lado recebe o incentivo do Estado, por outro é coagida pelo próprio Estado – não podemos desconsiderar a hipótese de que as ações de redução de danos também podem se inscrever como uma tecnologia disciplinar e reguladora, uma vez que supõe certo controle e ordenamento sobre o uso que o indivíduo faz da droga. Ademais, a própria trajetória traçada pela redução de danos no Brasil, seu início marcado por ações organizadas em um campo marginal ao Estado até firmar-se como política oficial de saúde, pode nos alertar para o risco da estatização de suas intervenções, no sentido de o Estado assumir uma postura burocrática e verticalizada para efetuação de suas intervenções.

Vianna (2009), analisando a produção do problema da droga como caso de polícia e de saúde pública, atenta que esse movimento da redução de danos, ao migrar

do campo de ações marginais das políticas públicas de saúde para então vir a constituir-se como uma de suas principais propostas, pode oferecer riscos quanto à supressão de saberes sujeitados (usuários de drogas) em nome de saberes hegemônicos dos profissionais ligados à saúde e a sua administração – caso estes últimos entendam ser dotados do verdadeiro saber sobre as drogas, dos verdadeiros métodos de redução de danos. Reiterando a possibilidade desses riscos tornarem-se reais, destaco o enunciado de uma cartilha do Ministério da Saúde para profissionais envolvidos com ações de redução de danos:

A experiência adquirida pelos profissionais de saúde, no desenvolvimento dos programas de RD, mostrou que o principal papel de trabalho de campo deve ser desempenhado por ex-usuários de drogas, e que sua substituição por outra categoria significa prejuízo, já que são eles que detêm o conhecimento sobre os locais de uso, os rituais de injeção e linguagem do usuário, além de não necessitarem de autorização para frequentar esses lugares (BRASIL, 2008, p. 23. Grifo nosso).

Nesse sentido, não seria exagero algum afirmarmos que as ações de redução de danos para usuário de drogas podem sim estar relacionadas a práticas e intervenções efetuadas como assujeitamento, como imposições dos redutores de danos para usuário de drogas, operando assim uma lógica da moralização (ou da tutela). Por conseguinte, o cuidado de si enunciado nas práticas de redução de danos configura-se facilmente com um cuidado de si biopolítico, uma vez que, quando seus princípios tratam de noções como prevenção, pragmatismo e qualidade de vida, estão em conformidade com perspectivas de governo biopolítico, o qual objetiva eliminar (por meio de um discurso de prevenção) todos os males que possam afligir a população de uma forma geral; impor serviços de saúde (por meio de discursos pragmáticos de preservação da vida dos usuários de drogas: “*é necessário oferecer serviços, inclusive para aqueles que não querem ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias*”); e gerenciar as vidas através de discursos polidamente colocados em favor da qualidade de vida dos indivíduos (qualidade de vida esta que nada mais é do que fazer o cidadão seguir a lei, incorporar verdades postas e, além disso, se culpabilizar, caso não consiga qualificar-se, enquadrar-se nos ditames biopolíticos).

Tamanha assertiva põe em questão todos os enunciados da redução de danos em favor do protagonismo, da liberdade, do cuidado de si e da dimensão ética para com os

usuários de drogas. Esses aspectos serão claramente pontuados no próximo capítulo, quando tratarmos dos sentidos atribuídos pelos Greco-romanos às práticas de si, à estética da existência, ao cuidado de si, bem como às dimensões éticas e políticas implicadas na cultura do cuidado de si.

**– CAPÍTULO III –  
CUIDADO DE SI EM MICHEL FOUCAULT**

Não se pode pedir a um governo para dizer a verdade, toda a verdade, nada a mais que a verdade. Em troca, é possível exigir dos governos uma certa verdade em relação aos projetos finais, às escolhas gerais de sua tática, a um certo número de pontos particulares de seu programa: é a parrhesia (a livre fala) do governado que pode, que deve interpelar o governo em nome do saber, da experiência que ele tem, a partir do fato de que ele é um cidadão, sobre o que o outro faz, sobre o sentido de sua ação, sobre as decisões que ele tomou.

– Michel Foucault

**E**m seus estudos acerca da cultura greco-latina – do século V a.C. aos séculos IV-V d.C. – Michel Foucault se depara com temáticas inovadoras, se comparadas às suas pesquisas anteriores, marcando uma passagem (apregoadada por alguns de seus comentadores) entre seus escritos de cunho genealógico para os estudos de questões éticas. Passam a fazer parte de seus últimos livros e cursos, no Collège de France, os temas das práticas de si, das técnicas de subjetivação, bem como o vínculo histórico entre subjetividade e verdade. Destarte, o investimento de estudos que esse filósofo-historiador realiza em torno da problemática do cuidado de si configura-se por um significativo distanciamento de associações comumente encontradas no campo das ciências médicas, no qual, cuidar de si é atrelado à terapia, cuidado com o corpo e com a saúde psíquica. Por outro lado, expõe uma aproximação com a filosofia, onde o cuidado de si (epiméleia heautoû) aparece em comparação ao conhece-te a ti mesmo (gnôthi seautón).

Nesse sentido, o segundo volume da História da Sexualidade – O uso dos prazeres (1984) reporta a experiência ética da Grécia entre os séculos IV e II a.C., caracterizada como “estética da existência”, na qual estavam em jogo práticas refletidas e voluntárias através das quais os homens não somente fixavam, a si mesmos, regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular, na tentativa em fazer de suas próprias vidas uma obra de arte, portadora de valores estéticos e estilos que lhes eram criteriosos (FOUCAULT, 2009b). Tamanho trabalho estético de produzir-se como uma obra de arte consistia no principal esforço das

relações do sujeito consigo mesmo, o que tornava o princípio do “cuidado de si mesmo” peça fundamental para um conhecimento de si. Ou seja, significa dizer que a constituição ética desse sujeito, implicado num trabalho sobre si mesmo, partia do trabalhar-se para o conhecer-se.

Na busca em produzir certo estilo às suas vidas, os antigos utilizavam-se de técnicas de conduta (tais como os ritos de purificação, concentração da alma, técnica do retiro, prática da resistência), realizavam trabalhos sobre si mesmos e uma constante reflexão sobre esses mesmos trabalhos, os quais envolviam relações com os outros. Para tanto, um dos valores mais condecorados nessa cultura era a temperança<sup>24</sup>, haja vista que na moral grega o sujeito não deveria deixar-se dominar pelos outros, nem tampouco pelos seus próprios vícios.

Nesse sentido, a ética grega Antiga implicava ao sujeito uma relação agonística consigo mesmo no sentido do exercício de um constante domínio sobre si mesmo, que funcionava como um governo de si mesmo, sendo condição para o governo que se exerce sobre sua casa, sua esposa, seus filhos (FOUCAULT, 2009b). Cuidar-se de si mesmo implicava num cuidado para com os outros, constituindo-se como uma atividade, ao mesmo tempo, política, familiar, cívica e econômica, contribuindo para a felicidade e prosperidade da cidade e dos outros cidadãos: é a presença dos outros e a esfera dos assuntos humanos que garantiam a realização do cuidado de si. Na aula do dia vinte de janeiro de 1982, quando ministrava o curso A hermenêutica do sujeito, Foucault apresenta o texto Alcibíades, de Platão, no qual se diz que o objeto do cuidado de si era o si mesmo, mas sua finalidade era a cidade:

[...] a finalidade do cuidado de si, não o objeto, era outra coisa. Era a cidade. Sem dúvida, na medida em que quem governa faz parte da cidade, também ele, de certo modo, é finalidade de seu próprio cuidado de si e, nos textos do período clássico, encontra-se com frequência a ideia de que o governante deve, como convém, aplicar-se a governar, para salvar a si mesmo e a cidade – a si mesmo enquanto parte da cidade. [...] A cidade mediatizava a relação de si para consigo, fazendo com que o eu pudesse ser tanto objeto quanto finalidade, finalidade contudo unicamente porque havia a mediação da cidade (FOUCAULT, 2010b, pp. 76-77).

---

<sup>24</sup> Na busca por uma vida temperante, colocava-se em questão o equilíbrio que cada indivíduo deveria ter em relação ao uso dos prazeres, jamais sendo entendida como qualquer espécie de renúncia àquilo que se deseja. A ideia de renúncia aos usos dos prazeres será uma das marcas da absorção feita pelo cristianismo perante a experiência ética Greco-romana.

### 3.1 Cuidado de si e o problema da moral na Grécia Antiga

Além dessas práticas de si que implicavam numa constituição estética da existência, Foucault destaca no O uso dos prazeres que uma das principais preocupações na cultura grega eram as técnicas de subjetivação – entendidas a partir do modo em que se dariam a formação dos jovens, a construção de si, bem como a busca de uma vida temperante e digna de ser vivida. Segundo o próprio Foucault:

Eu chamaria de subjetivação o processo pelo qual se obtém a constituição de um sujeito, mais precisamente de uma subjetividade, que evidentemente não passa de uma das possibilidades dadas de organização de uma consciência de si (FOUCAULT, 2006b, p.262).

Por conseguinte, uma das grandes questões levantadas nesse segundo tomo da História da Sexualidade é pensar uma noção de moral que desconhece o sujeito, logo, uma moral que não “assujeita”: pensar em uma experiência moral que não esteja mais centrada na figura do sujeito e na relação específica que ele estabelece com a verdade. Entretanto, Foucault destaca que o levantar dessa problemática não pretendia ver na moral clássica um modelo a ser seguido, mas de perceber como foi possível uma experiência moral que desconhecia completamente a noção de sujeito:

Ora, creio que uma experiência moral essencialmente centrada no sujeito não é mais satisfatória atualmente. E, por isso mesmo, um certo número de questões se coloca hoje para nós nos mesmos termos em que elas se colocavam na Antiguidade. A busca de estilos de vida, tão diferentes quanto possíveis uns dos outros, me parece um dos pontos pelos quais a busca contemporânea pôde se inaugurar antigamente em grupos singulares. A busca de uma forma de moral que seria aceitável por todo mundo – no sentido de que todo mundo deveria submeter-se a ela – me parece catastrófica (FOUCAULT, 2006b, pp. 262-263).

Para Foucault, a noção de sujeito remetia à ideia moderna de assujeitamento: a produção do sujeito por meio das práticas de dominação e normatização. Para os gregos, não se tinha uma produção do sujeito, mas sim de subjetividade, enquanto modos de constituição de si. Quando questionado por Alessandro Fontana, no jornal Le Monde em

julho de 1984, acerca da noção de sujeito que se faz presente em suas obras, Foucault procede com a seguinte resposta:

É preciso distinguir. Em primeiro lugar, penso efetivamente que não há um sujeito soberano, fundador, uma forma universal de sujeito que poderíamos encontrar em todos os lugares. Sou muito cético e hostil em relação a essa concepção do sujeito. Penso, pelo contrário que o sujeito se constitui através das práticas de sujeição ou, de maneira mais autônoma, de práticas de liberação, de liberdade, como na Antiguidade – a partir, obviamente, de um certo número de regras, de estilos, de convenções que podemos encontrar no meio cultural (FOUCAULT, 2006b, p.291).

Na Antiguidade que Foucault nos apresenta, a constituição de si passava longe de ser entendida como um assujeitamento de todos os indivíduos às disciplinas ou às normas, como passou a ocorrer a partir da Idade Moderna. Diante do exposto, façamos o esforço de pensar um paralelo entre o cuidado de si das práticas e a estética da existência elaboradas pelos Antigos, e aquilo que se apregoa, hoje, por cuidado de si. Quando a presente pesquisa diz que o cuidado de si contemporâneo se apresenta como um cuidado de si biopolítico, entende que este possui uma moral que assujeita, ao passo em que produz determinados sujeitos e busca uma padronização dos modos de vida. Ao contrário de uma estética da existência (tal qual se tinha na experiência ética da Grécia entre os séculos IV e II a.C.) e, “brincando” com os usos das palavras, podemos dizer que hoje vivemos uma existência estetizada – na qual o termo “estética” deixa de ser comumente entendido como parte da filosofia voltada para a reflexão sobre a beleza sensível e os fenômenos artísticos, e assume a compreensão generalista daquilo que se refere à aparência física. Assim, uma contemporânea estetização de si mesmo volta-se, de forma independente, para uma produção estética do corpo e uma consequente estetização da subjetividade. Segundo Prado Filho (2009):

O cuidado de si mesmo contemporâneo implica uma medicalização mais apertada da vida, mas também das relações consigo mesmo, que não se limita à prescrição de regimes e dietas, mas apoiam-se numa poderosa tecnologia de exames, análises clínicas, varreduras e monitoramentos de taxas e índices ao nível dos indivíduos, mas também se utiliza de campanhas educacionais e estratégias biopolíticas de prevenção de doenças [...]. A medicalização contemporânea implica um governo médico da vida bastante instrumentalizado, agindo ao nível dos indivíduos e das populações (PRADO FILHO, 2009, p. 242).

O cuidado de si mesmo na contemporaneidade encontra-se conectado ao cuidado com o corpo, uma vez que atende aos anúncios midiáticos [e biopolíticos] com imagens de corpos fisicamente bem definidos: corpo musculoso virou sinônimo de saúde e o “alvará” para obtenção da qualidade de vida. O cuidado de si biopolítico se relaciona à vontade de adaptação, de estar-se em conformidade com a norma, de forma disciplinar e despolitizada (ORTEGA, 2005; SANT’ANNA, 2005). Atrelado a isso, o capitalismo contemporâneo, com suas empresas e suas instituições prescrevem um cuidado de si e um trabalho sobre si ao mesmo tempo físico e psíquico: um bem viver, uma existência estetizada que parece desenhar novas fronteiras do assujeitamento capitalista e da valoração, marcando um empobrecimento sem precedentes da subjetividade.

Nesse sentido, a biopolítica faz com que o sujeito, pela busca do cuidado de si, procure um isolamento, seja numa academia de modo a adestrar-se a uma sequência de exercícios pré-determinados, seja num spa a seguir técnicas de relaxamento anti-stress, além de cardápios que convidam “sair da rotina sem sair da dieta”. Não obstante, não é desvinculado ao viés biopolítico que o enunciado do cuidado de si na redução de danos aparece para o usuário de drogas, como uma convocação para assumir o controle sobre si mesmo, e não permitir que seu corpo seja atravessado por substâncias ditas não saudáveis: eis o imperativo moral do cuide-se!

Ademais, a vida, o corpo, a saúde, as necessidades, a reprodução transformam-se em questões políticas por excelência. O domínio do vital (natalidade, saúde, mortalidade e reprodução), que para os gregos era eminentemente privado, ingressará na esfera do social e da política.

Já o cuidado de si da experiência grega, que Foucault nos diz, atrelado às relações com o campo da Dietética<sup>25</sup> reflete uma sintonia entre o corpo e a vida política, uma prática de si que atravessa o cotidiano e uma política longe de ser biopolítica, mas sim liberdade de ação:

---

<sup>25</sup> No segundo tomo da História da Sexualidade - O uso dos prazeres - Foucault apresenta as formas do cuidado de si através de três campos de análise: Dietética (como arte da relação cotidiana do indivíduo com seu próprio corpo); Econômica (arte da conduta do homem enquanto chefe da sua família); e Erótica (como arte da conduta recíproca na relação amorosa entre o homem e o rapaz).

[...] a prática do regime enquanto arte de viver é bem outra coisa do que um conjunto de precauções destinadas a evitar as doenças ou terminar de curá-las. É toda uma maneira de se constituir como um sujeito que tem por seu corpo o cuidado justo, necessário e suficiente. Cuidado que atravessa a vida cotidiana; que faz das atividades maiores ou rotineiras da existência uma questão ao mesmo tempo de saúde e de moral; que define entre o corpo e os elementos que o envolve uma estratégia circunstancial; e que, enfim, visa armar o próprio indivíduo como uma conduta racional (FOUCAULT, 2009b, p.137).

Além dessas práticas de si, da construção de suas vidas como uma obra de arte, uma estética da existência e as técnicas de subjetivação, há ainda um ponto importante que permeia a noção de cuidado de si nas civilizações antigas, a saber, as relações que o sujeito estabelecia com a verdade. Na Grécia, entre os séculos IV e II a.C., no berço das noções de autonomia e democracia, existiam práticas de construção da subjetividade muito diferenciadas daquilo que temos hoje. Por exemplo, não se tinha a crença de que as verdades estavam fora do indivíduo, e que deveriam ser estritamente seguidas a ponto de causar renúncias ou sentimentos de culpa aos indivíduos que desvirtuassem do caminho a ser seguido. Ao contrário, tinha-se o entendimento de que cada indivíduo era capaz de produzir suas próprias verdades, uma vez que a verdade era proveniente de uma relação do sujeito consigo mesmo, agindo por meio da temperança e da justa medida. O exercício em questão era o conhecer-se, converter o olhar para si mesmo e reconhecer seus limites. Por isso havia tanto investimento nas técnicas de si, tais como os exercícios de escrita, de leitura e de memória, que possibilitavam o cuidado de si: um transformar-se, um uso dos prazeres que não repercutia em renúncia ou culpa, um sentir-se livre por não ser dominado nem pelos outros e nem por si próprio.

Era fundamental ao cuidado de si a constituição do indivíduo como sujeito, e para tanto, tais trabalhos eram balizados por princípios que se impunham como condições: princípios e limites que, ainda que não fossem eternos, também não poderiam ser mudados de qualquer forma ou a qualquer momento. A reconstrução da moral greco-romana que Foucault propõe em *O uso dos prazeres* e *O cuidado de si*, este último livro publicado em 1984, mostra um tipo de relação do humano consigo mesmo que não se baseava nem na universalidade de um fundamento, tampouco numa reflexão sistemática sobre o sujeito como algo preexistente, como um dado prévio à experiência e à ação. Na moral grega se respeitava o caráter individual da conduta: a escolha do

modo de vida era uma questão pessoal e a elaboração, o trabalho sobre a própria vida, se apoiava em uma série de técnicas (techne tou biou) que não tinham caráter normativo nem pretendiam se organizar em formato de códigos a serem seguidos.

O elemento sobre o qual descansava a moral antiga era o trabalho sobre si, a ascética elevada à categoria de matriz constitutiva do êthos, a qual implicava relação do indivíduo consigo mesmo, relação com os outros e a relação com a verdade. Esta constatação converte a estética da existência em um modo de ver a ética, que tem como características a crítica e a experimentação. Por conseguinte, o indivíduo não poderia mudar seu modo de ser no mundo sem alterar seu êthos (FOUCAULT, 2009b).

Ao apresentar a vida como uma obra de arte nos antigos, uma ética na vida atrelada à estética da existência, Foucault percorre, concomitantemente, um campo de problematizações de ordem moral, construído por meio de interdições e códigos de conduta. Destaca as apropriações morais da ascese cristã pelos códigos morais da ascese antiga, as quais se configurariam, a partir do século VI da nossa era, em morais integradas aos saberes pedagógico, médico, psicológico etc. Por exemplo, em O uso dos prazeres Foucault diz que os regimes médicos que tratavam da relação dos gregos com os prazeres (aphrodisia) não eram organizados enquanto práticas permitidas ou proibidas (como os regimes que mais tarde foram postos pela pastoral cristã), mas sim como práticas que demandavam reflexão e prudência: *“Não se trata, portanto, de fixar, uniformemente e para todos, os ‘dias úteis’ do prazer sexual; mas de calcular da melhor maneira os momentos oportunos e as frequências que convêm”* (FOUCAULT, 2009b, p.147). Para Foucault:

Com o cristianismo, vimos se inaugurar, lentamente, progressivamente, uma mudança em relação às morais antigas, que eram essencialmente uma prática, um estilo de liberdade. Naturalmente, havia também certas normas de comportamento que regravam a conduta de cada um. Porém, na Antiguidade, a vontade de ser um sujeito moral, a busca de uma ética da existência eram principalmente um esforço para afirmar a sua liberdade e para dar a sua própria vida uma certa forma na qual era possível se reconhecer, ser reconhecido pelos outros e na qual a própria posteridade podia encontrar um exemplo. [...] Da Antiguidade ao cristianismo, passa-se de uma moral que era essencialmente a busca de uma ética pessoal para uma moral como obediência a um sistema de regras (FOUCAULT, 2006b, pp. 289-290).

A estilização das condutas dos antigos fazia parte de uma reflexão moral dirigida aos sujeitos, mas não com o intuito de que estes referenciassem tais condutas a ponto de torná-las reconhecidas por todos e solenemente lembradas nos códigos ou costumes da época. Elas se dirigiam aos sujeitos de modo a fazer com que eles mesmos estivessem cientes de seus próprios direitos, de seus próprios poderes, de suas próprias autoridades e de suas próprias liberdades. Nesse sentido, é interesse pontuarmos a compreensão que Foucault elabora no segundo tomo da História da Sexualidade – O uso dos prazeres acerca dos termos “moral” e “ética”.

Para Foucault, a ambiguidade do termo moral faz menção tanto a um conjunto de valores e regras de ações propostas aos indivíduos ou grupos por aparelhos prescritivos (como instituições educativas, Igreja, família), como também ao modo pelo qual os indivíduos podem se submeter, obedecer ou resistir, respeitar ou negligenciar esse mesmo conjunto de regras prescritivas:

[...] uma coisa é uma regra de conduta; outra, a conduta que se pode medir a essa regra. Mas, outra coisa ainda é a maneira pela qual é necessário ‘conduzir-se’ – isto é, a maneira pela qual se deve constituir a si mesmo como sujeito moral, agindo em referência aos elementos prescritivos que constituem o código. Dado um código de ação, e para um determinado tipo de ação (que se pode definir por seu grau de conformidade ou de divergência em relação a esse código), existem diferentes maneiras de ‘se conduzir’ moralmente, diferentes maneiras, para o indivíduo que age, de operar não simplesmente como agente, mas sim como sujeito moral dessa ação (FOUCAULT, 2009b, p.34).

Nesse sentido, quando Foucault diz das possibilidades de um indivíduo conduzir-se moralmente, quer, a partir disso, marcar a proximidade que enxerga entre moral e ética: conduzir-se moralmente é também implicar-se em uma relação ética consigo mesmo, uma vez que toda ação moral repercute, ao mesmo tempo, numa ação sobre si – a qual possibilita ao sujeito definir sua posição em relação ao preceito que respeita, estabelecer para si certo modo de ser que valerá como realização moral dele mesmo. Por conseguinte, o sujeito passa a agir sobre si mesmo, procura conhecer-se, controla-se, põe-se a prova, aperfeiçoa-se, transforma-se. Segundo Foucault:

Em suma, para ser dita ‘moral’ uma ação não deve se reduzir a um ato ou a uma série de atos conformes a uma regra, lei ou valor. É verdade que toda ação moral comporta uma relação ao real em que se efetua, e

uma relação ao código a que se refere; mas ela implica também uma certa relação a si; essa relação não é simplesmente ‘consciência de si’, mas constituição de si enquanto ‘sujeito moral’, na qual o sujeito circunscreve a parte dele mesmo que constitui o objeto dessa prática moral [...]. Não existe ação moral particular que não se refira à unidade de uma conduta moral; nem conduta moral que não implique a constituição moral de si mesmo como sujeito moral; nem tampouco constituição do sujeito moral sem ‘modos de subjetivação’, sem uma ‘ascética’ ou sem ‘práticas de si’ que as apoiem (FOUCAULT, 2009b, p.37).

Por conseguinte, é a partir dessas colocações sobre o que entende por “moral” que Foucault elabora quatro aspectos constitutivos à sua compreensão sobre “ética”: 1) determinação da substância ética, que aponta a maneira pela qual o indivíduo deve constituir-se como matéria principal de sua conduta moral; 2) modo de sujeição pelo qual o indivíduo estabelece sua relação com essa regra e se reconhece na obrigação de pô-la em prática; 3) as formas de elaboração do trabalho ético que se efetua sobre si mesmo, não somente para tornar seu próprio comportamento conforme a uma regra dada, mas também para tentar transformar a si mesmo em sujeito moral de sua própria conduta; 4) teleologia do sujeito moral, que é a forma de subjetividade almejada, haja vista que uma ação não é moral em si mesma e na sua singularidade, ela o é também por sua inserção e pelo lugar que ocupa no conjunto de uma conduta.

É através desses quatro aspectos que Foucault destaca a complexidade do que pode ser entendido por moral, a qual abarca tanto a constituição de códigos morais, através da prescrição de valores e regras que podem estar representados a partir de instituições que os legitimem ou mesmo circulem em formas discursivas (tanto os ditos quanto os não-ditos), como também se refere aos modos pelos quais os indivíduos podem tornar-se “sujeitos” a estes códigos morais ou resistirem aos mesmos. Ou seja, certas morais são fixadas, sobretudo ao código, à sua capacidade de ajustar-se a todos os casos possíveis, e a cobrir todos os campos de comportamento, sendo sua importância localizada ao lado das instâncias de autoridade que legitimam tal código. Há outras, entretanto, que possuem uma orientação ética, cujo elemento forte e dinâmico situa-se ao lado das formas de subjetivação e das práticas de si, sendo enfatizadas as formas das relações consigo, os procedimentos e as técnicas pelas quais são elaboradas, os exercícios pelos quais o próprio sujeito se dá como objeto a conhecer, e as práticas que permitam transformar seu próprio modo de ser (FOUCAULT, 2009b).

Outro aspecto de suma importância à compreensão da ética para os antigos é a sua estreita relação com o sentido de liberdade, ou as práticas de liberdade, bem como o cuidado de si. Segundo Foucault:

A liberdade é a condição ontológica da ética. Mas a ética é a forma refletida assumida pela liberdade. O cuidado de si constituiu, no mundo grego-romano, o modo pelo qual a liberdade individual – ou a liberdade cívica, até certo ponto – foi pensada como ética. Se se considerar toda uma série de textos desde os primeiros diálogos platônicos até os grandes textos do estoicismo tardio – Epícteto, Marco Aurélio – ver-se-á que esse tema do cuidado de si atravessou verdadeiramente todo o pensamento moral (FOUCAULT, 2006b, pp.267, 268).

Os gregos, principalmente, mantinham constante a problemática da liberdade do indivíduo como uma questão ética. Por conseguinte, é interessante pontuar duas características dessa relação entre liberdade, ética e cuidado de si. Em primeiro lugar, a liberdade era entendida como uma prática na qual o sujeito não poderia sentir-se dominado pelos outros e nem por si mesmo, e, para tanto, para o bem praticar da liberdade, se fazia necessário ocupar-se de si mesmo, cuidar de si, ao mesmo tempo para se conhecer, superar-se e dominar os apetites que poderiam, por ventura, arrebatá-lo esse mesmo sujeito. Por fim, deve-se entender que os gregos atribuíam à ética o sentido de êthos, ou seja, a maneira que o sujeito tinha de ser, de conduzir-se, de se fazer visível para os outros. Para Foucault:

[Na Antiguidade] Temos toda uma ética que girou em torno do cuidado de si e que confere à ética antiga sua forma tão particular. Não digo que a ética seja o cuidado de si, mas que, na Antiguidade, a ética como prática racional da liberdade girou em torno desse imperativo fundamental: “cuida-te de ti mesmo”. [...] O êthos de alguém se traduz pelos seus hábitos, por seu porte, por sua maneira de caminhar, pela calma com que responde a todos os acontecimentos etc. Esta é para eles a forma concreta da liberdade; assim eles problematizavam sua liberdade. O homem que tem um belo êthos, que pode ser admirado e citado como exemplo, é alguém que pratica a liberdade de uma certa maneira (FOUCAULT, 2006b, p.268 e p.270).

A partir desse tão ‘particular’ modo de perceber a relação ética / liberdade / cuidado de si, coloquemos em questão certas nuances capazes de destoar a aproximação dessa relação para com os enunciados das práticas de redução de danos (RD), direcionadas a usuários de drogas. Tais enunciados apregoam uma postura ética frente

ao usuário de drogas, possibilitando-o tornar-se protagonista de suas próprias ações, adquirindo liberdade em suas escolhas, nas suas decisões de vida (ABORDA, s/d). Entretanto, na medida em que consideramos o cuidado de si contemporâneo como um cuidado de si biopolítico, entendemos que a atual circunstância da Política Nacional Sobre Drogas está longe de proporcionar uma possibilidade de liberdade ao usuário de drogas tal qual se observa nas relações entre ética e cuidado de si na Grécia e Roma antigas.

O que visualizamos hoje, nada mais é do que possibilidades de um “sentir-se livre” que é, desde já, pré-estabelecido. Ou seja, as escolhas já são dadas a priori e um “sentir-se livre” ou sentir-se protagonista de si mesmo atende a um campo de práticas de relações de poder, reafirmando e operacionalizando uma consonância ao atendimento de dispositivos biopolíticos.

### **3.2 Algumas distinções no cuidado de si Greco-romano**

No terceiro volume da História da Sexualidade – O cuidado de si (1984) tem-se em questão, mais especificadamente, a experiência romana do cuidado de si (que compreende a faixa entre os séculos II a.C. e II d.C.). Esse período é caracterizado por uma extensão dessas relações para consigo, pelas quais o sujeito se constitui enquanto sujeito de seus atos: antigo preceito da cultura grega que circulava como um imperativo entre numerosas doutrinas diferentes; tomava a forma de uma atitude, uma maneira de se comportar, desenvolvendo-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, aperfeiçoadas e ensinadas; constituindo assim, uma ‘prática social’.

Por conseguinte, a noção do cuidado de si (epiméleia heautoû) configurou-se como um princípio de toda conduta racional e, devido à sua intensificação no pensamento helenístico e romano (séculos I-II d.C.), Foucault a considera um ‘acontecimento no pensamento’, uma cultura<sup>26</sup> de si:

---

<sup>26</sup> Foucault elege algumas condições ao definir uma cultura de si no período helenístico-romano: uma cultura de si deveria atender a um conjunto de valores que têm entre si coordenação, subordinação e hierarquia; valores, estes, universais, mas não acessíveis a qualquer um; para atingir esses valores, os indivíduos deveriam realizar certas condutas, precisas e regradas; por fim, era preciso que o acesso a

Temos pois, com o tema do cuidado de si, uma formulação filosófica precoce, por assim dizer, que aparece claramente desde o século V a.C. e que até os séculos IV-V d.C. percorre toda a filosofia grega, helenística e romana, assim como a espiritualidade cristã. Enfim, com a noção de epiméleia heautoû, temos todo um corpus definindo uma maneira de ser, uma atitude, formas de reflexão, práticas que constituem uma espécie de fenômeno extremamente importante, não somente na história das representações, nem somente na história das noções ou das teorias, mas na própria história da subjetividade ou, se quisermos, na história das práticas da subjetividade (FOUCAULT, 2010b, p.12).

Com o intuito de endossar a ampla dimensão que o cuidado de si atinge nos primeiros séculos da nossa era, Foucault pontua algumas características desse acontecimento no pensamento. A primeira delas se baseia na presença marcante da noção de epiméleia heautoû em doutrinas filosóficas da época. Em meio às fontes bibliográficas que embasaram Foucault no estudo da noção do cuidado de si, aparecem textos de Epicuro (sua Carta a Meneceu) que interligam o cuidado de si ao cuidado com a própria alma, à atividade de filosofar e a busca da felicidade: um cuidado que ninguém, sendo jovem ou velho, deveria desconsiderar – aqueles que quisessem salvar suas almas e alcançar a felicidade, deveriam viver cuidando-se sem cessar, constituindo assim, um princípio válido para todos, por todo o tempo em que se vivesse. Entretanto, essa atividade de ter cuidado com a própria alma em todos os momentos da vida apresenta uma particularidade: quando se é jovem trata-se de preparar-se para a vida, equipar-se para a existência – configurando o que os antigos entendiam por *paraskheue*<sup>27</sup>; e no caso da velhice, filosofar é rejuvenescer, voltar ao tempo ou desprender-se dele através de atividades de memorização.

Em Sêneca, tem-se uma amplitude tomada pelo tema da aplicação a si próprio: para consagrar o cuidado de si era preciso renunciar às outras ocupações. Foucault considera ainda que Sêneca dispõe todo um vocabulário para designar as diferentes formas que o cuidado de si deve tomar, de modo que não haja perda de tempo, e que não se poupem esforços a fim de ‘formar-se’, ‘transformar-se’, ‘voltar a si’. Marco

---

esses valores fosse condicionado por procedimentos e técnicas regrados, que tivessem sido elaborados, validados, transmitidos e associados a um conjunto de noções, conceitos e teorias – a todo um campo de saber.

<sup>27</sup> Trata-se de montar um mecanismo de segurança, não de inculcar um saber técnico e profissional ligado a um determinado tipo. Essa formação, essa armadura se quisermos, armadura protetora em relação ao resto do mundo, a todos os acidentes ou acontecimentos que possam produzir-se, é o que os gregos chamavam de *paraskheue* (FOUCAULT, 2010b, p. 86).

Aurélio também sinaliza essa mesma pressa em ocupar-se consigo mesmo, ao passo que nem a escrita nem a leitura deveriam afastar as pessoas por mais tempo dos cuidados diretos que deveriam ter com suas próprias existências. Entretanto, em Epicteto, Foucault diz encontrar a mais alta elaboração filosófica sobre o cuidado de si, uma vez que nos seus Diálogos o ser humano aparece como o ser a quem foi confiado o cuidado de si, marcando uma diferença em relação aos outros seres vivos: os outros animais têm tudo pronto no que concerne ao que lhes é necessário para sobreviver, já o homem deve velar por si mesmo porque Zeus quis que o mesmo pudesse, livremente, fazer uso de si próprio. “*O cuidado de si, para Epicteto, é um privilégio-poder, um dom-obrigação que nos assegura a liberdade obrigando-nos a tomar-nos nós próprios como objeto de toda a nossa aplicação*” (FOUCAULT, 2009c, p. 53).

Um segundo aspecto desse cuidado de si consistia numa certa forma de atenção, de olhar, de converter o olhar do exterior para si mesmo – implicando numa certa maneira de estar atento ao que se pensa e ao que se passa no pensamento. Ademais, epiméleia heautoû pode ser considerado um labor em meio a um conjunto de ocupações: sejam as atividades como dono de casa, as tarefas do príncipe que vela seus súditos, os cuidados destinados aos enfermos ou mesmo as obrigações para com os deuses. Para Foucault:

Ocupar-se de si não é uma sinecura. Existem os cuidados com o corpo, os regimes de saúde, os exercícios físicos sem excesso, a satisfação, tão medida quanto possível, das necessidades. Existem as meditações, as leituras, as anotações que se toma sobre livros ou conversações ouvidas, e que mais tarde serão relidas, a rememoração das verdades que já se sabe, mas de que convém apropriar-se ainda melhor. [...] Em torno dos cuidados consigo toda uma atividade de palavra e de escrita se desenvolveu, na qual se ligam o trabalho para consigo e a comunicação para com outrem (FOUCAULT, 2009c, pp. 56, 57).

Em terceiro lugar, os textos filosóficos que tratavam da noção de cuidado de si diziam que as práticas de si resignificavam o preceito do conhecimento de si a partir de provações e exercícios. Estes serviam para medir e confirmar a independência de que se era capaz a respeito de tudo o que não fosse indispensável e essencial; serviam àqueles que os seguissem a familiarizar-se com o mínimo. Além desses exercícios, havia os exames de consciência que faziam parte dos ensinamentos pitagóricos, caracterizados

por exercícios de memorização. Destacam-se dentre esses exames, os exames da manhã (nos quais o sujeito elencava em sua mente as tarefas que deveriam ser realizadas ao longo do dia) e os exames da noite (baseado num exercício de memorização daquilo que ocorreu e o que poderia ter acontecido durante o dia transcorrido).

Nesse sentido, essas provações, exercícios e exames preconizavam um cuidado de si balizado por certo modo de estar no mundo, uma atitude para consigo, para com os outros, para o mundo. Para Foucault, a epiméleia heautoû pode ser entendida ainda como ações exercidas de si para consigo, pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos transfiguramos:

O objetivo comum dessas práticas de si, através das diferenças que elas apresentam, pode ser caracterizado pelo princípio do bem geral da conversão a si – do epistrophe eis heauton. [...] Deve ser compreendida como uma modificação de atividade: não é que se necessite interromper qualquer outra forma de ocupação para consagrar-se inteira e exclusivamente a si, mas, nas atividades que é preciso ter, convém manter em mente que o fim principal a ser proposto para si próprio deve ser buscado no próprio sujeito, na relação de si para consigo. [...] A conversio ad se é também uma trajetória, uma trajetória graças à qual, escapando de todas as dependências e de todas as sujeições, acaba-se por voltar-se para si mesmo, como um porto abrigado das tempestades ou como uma cidadela protegida por suas muralhas (FOUCAULT, 2009c, p. 69).

Percebe-se, assim, como fora intensificada e bastante difundida a noção de cuidado de si no período dentre os séculos I e II da nossa era, o qual Foucault denomina de período da “idade de ouro do cuidado de si”. Por conseguinte, acho interessante pontuar algumas particularidades e diferenciações sobre essa noção do cuidado de si entre às experiências grega e romana. Quando Foucault trata do cuidado de si na Grécia Antiga, irá se reportar de forma frequente ao texto platônico do Primeiro Alcibíades, onde a razão de ser de ocupar-se consigo mesmo se encontra fortemente articulada ao governo dos outros e, cuja finalidade, era a cidade: Alcibíades se apresenta no diálogo socrático como um jovem que ignora o fato de não saber governar a si mesmo, muito embora deseje governar os outros (e a cidade) pois leva em consideração, apenas, sua favorecida condição econômica.

Diferentemente, as práticas do cuidado de si desenvolvidas no decurso do período helenístico e romano, por serem caracterizadas por sua intensidade e difusão,

destinavam-se a todos os sujeitos de diferentes faixas-etárias e havia um aspecto formador, vinculado à preparação do indivíduo não para determinada profissão ou atividade social (como no caso de Alcibíades, de formar o indivíduo para ser um bom governante), mas de formá-lo para que pudesse suportar os eventuais infortúnios que por ventura o atingissem em sua existência. Muito embora sejam marcadas essas diferenças, é preciso deixar claro que a experiência romana do cuidado de si não extinguiu sua relação para com o governo dos outros, muito menos os cuidados para com a cidade. Não obstante, à ampliação da noção do cuidado de si, a cidade passou a dividir sua finalidade com outros elementos dessas práticas de si.

É importante ressaltar que o trabalho foucaultiano de leitura, interpretação e escrita em torno dos textos filosóficos de Epicteto a Sêneca, de Marco Aurélio a Epicuro, circunstanciando a noção do cuidado de si entre gregos e romanos, tinha como objetivo estabelecer marcos para pensar uma atualidade política, moral e filosófica naquilo que concerne à elaboração de uma forma de resistência ao poder político. Para Frédéric Gros (2010b) tal aspecto diferencia o curso *A hermenêutica do sujeito*, ministrado por Foucault no Collège de France no ano de 1982, de uma história da filosofia helenística e romana (assim como a *História da loucura* fora algo distinto de uma história da psiquiatria, *As palavras e as coisas* algo distinto de uma história das ciências humanas, e *Vigiar e punir* algo distinto de uma história da instituição penitenciária).

Por conseguinte, Foucault detalha estruturas de subjetivação – o teor médico dos cuidados para consigo, o exame de consciência, a apropriação dos discursos, a palavra do diretor, o retiro etc. – ao passo que opera cortes transversais nessas filosofias, encontrando nas diferentes escolas filosóficas, realizações históricas dessas estruturas. Tais cortes são desenhados com o intuito de firmar uma postura não doutrinal de apresentação das grandes escolas filosóficas da Antiguidade, e compactuar uma postura e um trabalho de genealogia. Ou seja, conduzir análises a partir de uma questão presente, tal como esse filósofo-historiador francês nos diz, um tanto marginalmente, na aula de 17 de fevereiro de 1982 do curso *A hermenêutica do sujeito*:

[...] quando vemos hoje a significação, ou antes, a ausência quase total de significação e pensamentos que conferimos a expressões – ainda que muito familiares e percorrendo incessantemente nosso discurso, como: retornar a si, liberar-se, ser si mesmo, ser autêntico etc. –,

quando vemos a ausência de significação e pensamento em cada uma dessas expressões hoje empregadas, parece-me não haver muito do que nos orgulharmos nos esforços que hoje fazemos para reconstituir uma ética do eu. E é possível que nesses tantos empenhos para reconstituir uma ética do eu, nessa série de esforços mais ou menos estanques, fixados em si mesmos, nesse movimento que hoje nos leva, ao mesmo tempo, a nos referir incessantemente a essa ética do eu sem contudo jamais fornecer-lhe qualquer conteúdo, é possível suspeitar que haja uma certa impossibilidade de constituir hoje uma ética do eu, quando talvez seja essa uma tarefa urgente, fundamental, politicamente indispensável, se for verdade que, afinal, não há outro ponto, primeiro e último, de resistência ao poder político senão na relação de si para consigo (FOUCAULT, 2010b, p. 225).

Outro aspecto que nos chama atenção nas civilizações greco-latinas, sob o olhar de Foucault, era o entendimento que tinham sobre política. No pensamento dos antigos se configurava a ideia de que uma cidade só poderia ser feliz e bem governada com a condição de seus chefes serem virtuosos. Para tanto, a política deveria ser considerada uma vida e uma prática: o engajamento entre o próprio sujeito e a atividade política deveria ser pessoal e durável. Destarte, podemos compreender que a importância assumida pelo tema do retorno a si ou a atenção prestada a si mesmo, principalmente no pensamento helenístico – séculos I e II d.C, era dada como uma alternativa que se propunha para a atividade cívica e para as responsabilidades políticas. A cultura de si procurava definir o princípio de uma relação consigo que permitisse fixar as formas e condições nas quais uma ação política, uma participação nos encargos do poder, o exercício de uma função, seria possível ou impossível, aceitável ou necessária.

Dito isto, pontuemos algumas implicações tanto éticas quanto políticas que podem ser desdobradas a partir da vasta e complexa noção de cuidado de si que nos foi apresentada por Foucault no curso de 1982, A hermenêutica do sujeito, principalmente quando se entende que a noção do cuidado de si consiste numa atitude ativa e de resistência ao poder.

Tais implicações serão elencadas num esforço de melhor relacionar questões discutidas até então no presente trabalho; por exemplo, em que medida podemos colocar sobre questão os discursos das estratégias de redução de danos que enaltecem um cuidado de si para com o usuário de drogas, ao passo que o convoca a participar de um protagonismo de si mesmo, bem como a assumir uma postura “libertária” em relação ao

uso de drogas? Colocar essas questões em jogo ao mesmo tempo em que nos façamos atentos às ferramentas disciplinares e de controle que possam, vez por outra, ser acionadas por dispositivos estatais atuantes frente a esses mesmos usuários de drogas, considerados pela Política Nacional Sobre Drogas como autônomos e protagonistas de si mesmos.

### **3.3 Ética e política a partir do cuidado de si**

Um primeiro ponto de análise pode ser elaborado quando percebemos que, ainda no curso Segurança, território e população (1977-1978) ministrado alguns anos antes de *A hermenêutica do sujeito*, Foucault nos apresenta indícios de que a governamentalidade pode ser entendida tanto como um elemento constituído pela arte de conduzir os outros quanto pela maneira pela qual conduzimos a nós mesmos (FOUCAULT, 2008c). Nesse sentido, a ética do cuidado de si pode ser interpretada como um desdobramento da ideia de governamentalidade, uma vez que ao adentrar na leitura política ateniense discutida por Sócrates, Foucault pontua essa mesma ética do cuidado de si como a condição para o governo político dos outros (CANDIOTTO, 2010). Na aula de 17 de fevereiro de 1982, no curso *A hermenêutica do sujeito*, lê-se a seguinte colocação:

[...] se considerarmos a questão do poder, do poder político, situando-a na questão mais geral da governamentalidade – entendida a governamentalidade como um campo estratégico de relações de poder, no sentido mais amplo do termo, e não meramente político, entendida pois como um campo estratégico de relações de poder no que elas têm de móvel, transformável, reversível –, então, a reflexão sobre a noção de governamentalidade, penso eu, não pode deixar de passar, teórica e praticamente, pelo âmbito de um sujeito que seria definido pela relação de si para consigo. Enquanto a teoria do poder político como instituição refere-se, ordinariamente, a uma concepção jurídica do sujeito de direito, parece-me que a análise da governamentalidade – isto é, a análise do poder como conjunto de relações reversíveis – deve referir-se a uma ética do sujeito definido pela relação de si para consigo. Isso significa muito simplesmente que, no tipo de análise que desde algum tempo busco lhes propor, devemos considerar que relações de poder/governamentalidade/governo de si e dos outros/relação de si para consigo compõem uma cadeia, uma trama que é em torno dessas noções que se pode, a meu ver, articular a questão da política e a questão da ética (FOUCAULT, 2010b, p.225).

Nesse mesmo curso, o cuidado de si é posto como um princípio de inquietude permanente, um desprendimento do eu, o que o torna facilmente articulado a uma postura política ativa, haja vista que se a considerarmos como um dos princípios da governamentalidade, o ato de conduzir os outros não implica a eliminação da liberdade daquele que é conduzido, ou que este se mantenha passivo. Aquele que é conduzido é tido como um sujeito de ações, o que implica a possibilidade de contracondutas (um dos domínios da governamentalidade que é a do governo de si mesmo, do direito dos governados de limitar os excessos do governo, seja na ordem doméstica, médica, pedagógica etc).

Em sua dimensão política, o cuidado de si se situa na relação entre o eu e os outros, na efetivação das contracondutas, no sentido de não ser governado de determinada maneira, por meio de certos métodos ou em nome de agentes determinados. A dimensão ética do cuidado de si, por sua vez, engloba um jogo de forças traçado na relação do eu para consigo, evocando um embate agonístico e incessante no qual o sujeito deve, por um lado, reconhecer seus desejos, e de outro, a possibilidade de contracondutas constituídas pelas práticas de liberdade que limitam seus desejos. O que marca uma semelhança entre as dimensões política e ética do cuidado de si é que ambas destacam uma postura ativa daquele que se propõe a por em prática os exercícios do cuidado, tanto nas relações consigo e quanto para com os outros.

A partir dessas colocações, temos aqui um embate direto com as atuais propostas políticas das ações em redução de danos que atribui aos seus agentes (os redutores de danos) o “conhecimento sobre as drogas”. Ou seja, a operacionalização de tais agentes tende a constituir um engessamento frente às próprias propostas de protagonismo e liberdade do usuário de droga também enunciadas pela RD. Além disso, percebe-se outra contradição quando a RD fala de um usuário com postura ativa e cuidando de si mesmo, pois, vale ressaltar o que se tem por detrás dessa informação nada mais é do que propor a este mesmo usuário ser ativo mediante um tratamento previamente exposto pelas ações em RD, a um tratamento que prediz o que deve ser priorizado no cuidado para com o usuário de drogas. A liberdade do usuário se configura, assim, como uma

falsa liberdade, uma vez que suas práticas se encontram reguladas, medidas e, por que não dizer, “biopoliticamente” vigiadas.

Ainda no tocante à dimensão ética do cuidado de si, o embate agonístico na relação consigo mesmo é apresentado por Michel Foucault na primeira aula do curso A hermenêutica do sujeito, na qual reconstitui origens históricas das noções do cuidado de si (epiméleia heautoû) e conhece-te a ti mesmo / conhecimento de si (gnôthi seautón), demonstrando como, ao longo do pensamento filosófico, o conhecimento de si mesmo ganhava respaldo e privilégio, ao passo que marginalizava a noção Greco-romana do cuidado de si, em geral desconsiderada e esquecida. Nesse sentido, Foucault mais uma vez adota um distanciamento em relação às formas tradicionais de história das ideias filosóficas (as quais enaltecem o conhecimento de si), pois considera que o desafio de uma história do pensamento consiste em apreender momentos decisivos em que certos fenômenos culturais se tornam um acontecimento no pensamento.

Ademais, esse filósofo francês afirma que no momento do nascimento filosófico desses dois conceitos (momento socrático-platônico) a relação era inversa: primazia e precedência do cuidado de si sobre o conhece-te a ti mesmo. A partir de uma detalhada contextualização dos escritos platônicos, descreve a incorporação filosófica dos dois conceitos, seus desdobramentos posteriores, os traços que caracterizam cada um. No final da primeira hora de aula, retoma-os atribuindo-lhes significações em torno do paralelo traçado entre filosofia e espiritualidade, bem como a questão do acesso à verdade.

O cuidado de si estaria ligado a uma prática da espiritualidade, a qual apresenta três características: postula que a verdade jamais é dada de pleno direito ao sujeito, por um simples ato de conhecimento; demanda a necessidade do sujeito se transformar, se modificar, tornar-se até certo ponto, outro que não ele mesmo, para que tenha acesso à verdade; e que a verdade só é dada ao sujeito por um certo preço que põe em jogo o ser mesmo do sujeito, que venha a afetar esse mesmo sujeito. Doravante, se entende que não se pode haver verdade sem uma conversão ou transformação do sujeito. Nesse movimento de conversão, Foucault destaca duas direções: a primeira seria um movimento de éros (amor), no qual a verdade viria até o sujeito e o iluminaria; e a

segunda estaria pautada num movimento de áskesis, entendido como um labor, um trabalho de si para consigo em que se é o próprio responsável.

Por outro lado, o conhecimento de si teria sido fundado pela noção do cuidado de si, mas Foucault propõe algumas hipóteses que possam ter contribuído para o conhece-te a ti mesmo conseguir sobrepujar o cuidado de si ao longo da história da filosofia. Uma delas dizia que o cuidado de si mesmo passou a ser convertido em determinadas expressões, tais como “ocupar-se consigo”, “sentir prazer em si mesmo”, “estar em si como numa fortaleza”, “ser amigo de si mesmo”, e que estas expressões remeteriam a uma visão negativa e egoísta, na qual o sujeito por sentir-se incapaz de sustentar uma moral coletiva passou a “olhar” apenas para si mesmo ou para sua própria bolha. Entretanto, para o pensamento antigo o cuidado de si tinha, invariavelmente, um sentido positivo, além de constituir as morais mais austeras do Ocidente – como a estoica, a epicurista, a cínica, mas não a moral cristã:

Temos pois o paradoxo de um preceito do cuidado de si que, para nós, mais significa egoísmo ou volta para si, e que durante tantos séculos, foi, ao contrário, um princípio positivo matricial relativamente a morais extremamente rigorosas. [...] Todos esses temas, todos esses códigos do rigor moral, nascidos que foram no interior daquela paisagem tão fortemente marcada pela obrigação de ocupar-se consigo mesmo, vieram a ser assentados pelo cristianismo e pelo mundo moderno numa moral do não egoísmo (FOUCAULT, 2010b, p. 14).

Contudo, Foucault faz a aposta que o motivo principal da desconsideração do cuidado de si pela história tradicional da filosofia residiria nas vicissitudes da história da verdade, sendo um dos principais acontecimentos aquele que denominou por “momento cartesiano”, proporcionado por Descartes nas suas *Meditações Metafísicas*, na Idade Moderna. Muito embora, e cuidadosamente, Foucault deixe clara a ressalva de que não se pode atribuir à figura de Descartes a responsabilidade histórica na qual o sujeito cognoscente obtém a verdade através do ato de conhecimento, não mais se relacionando à espiritualidade:

Havia muito tempo já se iniciara o trabalho para desconectar o princípio de um acesso à verdade unicamente nos termos de um sujeito cognoscente e, por outro lado, a necessidade espiritual de um trabalho do sujeito sobre si mesmo, transformando-se esperando da verdade sua iluminação e sua transfiguração (FOUCAULT, 2010b, p.26).

Esse “momento cartesiano” inauguraria, assim, a filosofia moderna, uma vez que se a evidência da existência própria do sujeito é colocada no princípio de acesso ao ser, este conhecimento de si mesmo, sob a forma da indubitabilidade da própria existência do sujeito, acaba fazendo do conhece-te a ti mesmo um acesso fundamental à verdade. Portanto, enquanto tínhamos com a noção Greco-romana de cuidado de si uma aproximação à prática da Espiritualidade (entendida como processo de transformação do sujeito na qual implicava em acesso à verdade), passamos a verificar, com a Idade Moderna, que os acessos às verdades se dão sem a necessidade de uma mudança no próprio ser do sujeito, uma vez que a verdade para este sujeito é o conhecimento (gnose) que lhe é transmitido e, por seguinte, assimilado. Segundo Foucault:

Se definirmos a espiritualidade como o gênero de práticas que postulam que o sujeito, tal como ele é, não é capaz de verdade, mas que a verdade, tal como ela é, é capaz de transfigurar e salvar o sujeito, diremos então que a idade moderna das relações entre sujeito e verdade começa no dia em que postulamos que o sujeito, tal como ele é, é capaz de verdade, mas que a verdade, tal como ela é, não é capaz de salvar o sujeito (FOUCAULT, 2010b, p.19).

Uma verdade obtida sem uma transformação no sujeito e por meio de um conhecimento atrelado às ciências do homem condiz ao autoconhecimento que temos de nós mesmos. Nesse sentido, as verdades disponibilizadas por tais ciências costumam trazer efeitos de poder em função dos quais passamos a ser classificados, minimamente, em normais ou anormais. São exemplos desse poder científico que o conhecimento de si proporciona, as políticas higiênicas, psiquiátricas e eugênicas desenvolvidas no século XIX que, com o objetivo de administrar a população e a raça, classificaram uma série de condutas e categorias de anormalidades na espécie humana.

Entretanto, podemos entender que é em tom de provocação, para atentar os olhos e ouvidos dos seus leitores que Foucault nos diz sobre a noção de cuidado de si, associando-o a um labor que deve partir de si mesmo, a um movimento que impulsiona a agir, haja vista que remete a uma ação em relação às nossas identidades normalizadas por determinadas verdades e, de certa forma, já assimiladas.

Vale frisar que nem todo conhecimento de si era desconsiderado pelo cuidado de si: para a atitude ética do cuidado de si, interessava todo conhecimento que fosse capaz de modificar o modo de ser do sujeito. Nesse aspecto, Foucault detalha seus estudos sobre a escola filosófica epicurista<sup>28</sup>. Em textos epicuristas apresentados no curso de 1982 aparece a noção de *physiologia*, entendida como um conhecimento da natureza, um setor do saber que não se opõe aos demais, mas um saber da natureza enquanto filosoficamente pertinente para a prática de si. Tal noção é colocada por Epicuro em oposição ao termo *paidéia*, cuja finalidade é a glória, a ostentação que constrói a reputação das pessoas, uma espécie de saber manifestado por meio da arrogância, do orgulho e vaidade – é o saber que se apresenta nos fanfarrões (*kómpous*), pessoas que querem obter entre os outros uma reputação que em nada lhes assenta; pessoas que trabalham o conhecimento não para si mesmos, mas para vender e obter lucro.

Diferentemente da *paidéia*, a *physiologia* prepara o sujeito através da *paraskaué* (ou *paraskheué*) – equipagem necessária e suficiente às circunstâncias da vida, permitindo ao sujeito atingir seus objetivos; dota o sujeito de uma ousadia, uma coragem que lhe permita afrontar não apenas as diversas crenças que se pretendeu impingir-lhe, como igualmente os perigos da vida e a autoridade dos que pretendem determinar sua lei, favorecendo uma espécie de insubmissão; a *physiologia* também torna os sujeitos autárqueis, satisfeitos consigo mesmos, não sentindo necessidade de nada além deles mesmos, e encontrando em si mesmo recursos que possibilitem sentir prazer e deleite na relação plena consigo; por fim, a *physiologia* permite que os sujeitos se orgulhem de seus próprios bens, não dos que advêm das circunstâncias, permitindo a cada instante e perante a cada objeto o exercício de perguntar e poder dizer se depende de si ou não. Nas palavras de Foucault:

[...] a *physiologia*, tal como aparece nos textos de Epicuro, não é um setor do saber. É o conhecimento da natureza, da *phýsis*, enquanto conhecimento suscetível de servir de princípio para a conduta humana e critério para fazer atuar nossa liberdade; enquanto é também suscetível de transformar o sujeito (que era diante da natureza, diante do que lhe haviam ensinado sobre os deuses e as coisas do mundo, repleto de temores e terrores) em um sujeito livre, um sujeito que encontrará em si mesmo a possibilidade e o recurso de seu deleite inalterável e perfeitamente tranquilo (FOUCAULT, 2010b, p.215).

---

<sup>28</sup> Escola filosófica fundada por Epicuro de Samos no ano 306 a.C. em Atenas. Apresenta como característica fundamental a preocupação em subordinar a investigação filosófica à exigência de garantir a tranquilidade do espírito ao homem.

Uma transformação do sujeito através de certos conhecimentos remete à dimensão ética do cuidado de si e, sendo a ética entendida no âmbito das relações consigo, bem como a relação com os outros compreendida como um exercício do nosso ser político, temos então aquilo que Foucault pontuava ser um princípio indissociável entre a ética do cuidado de si e o governo político dos outros. Por conseguinte, o cuidado de si (epiméleia heautoû) passa a ser um dos fios condutores para entender a revisitação da própria política (um dos pontos de aplicação do governo dos outros), a partir da problematização da ética.

A título de endossar essa questão, façamos alusão a dois textos detalhadamente apresentados por Foucault em seus últimos cursos no Collège de France, a saber: o Primeiro Alcibíades, de Platão, exposto no curso A Hermenêutica do sujeito de 1982, e a Apologia de Sócrates, abordado no curso O Governo de si e dos outros de 1983. No texto Primeiro Alcibíades, tinha-se como questão primeira o desejo do jovem Alcibíades em desfrutar do privilégio político do governo da cidade de Atenas, uma vez o mesmo apenas valorizava seu status privilegiado com descendência aristocrática. Por conseguinte, Alcibíades não se encontrava preparado para o exercício da arte de governar: ignorava a *tékne* necessária daquilo que deveria saber; pretendia governar a cidade, mas não sabia como fazê-lo nem tampouco a finalidade da atividade política. Eis que Sócrates, o qual se dizia incumbido pelos deuses em interpelar as pessoas acerca do exercício do cuidado de si – aquele que renunciara sua própria carreira política para incitar os outros a cuidarem de si mesmo, daí que o cuidado de si se faz análogo a um despertar, e o personagem de Sócrates à figura de um *tavão*<sup>29</sup> – dirige-se a Alcibíades e o escopo desse diálogo é ressaltar que o bom exercício do governo tem como condição o cuidado de si. Condição fundamental, nesse aspecto, para compreender a passagem do privilégio aristocrático e estatutário de governar à ação política sábia e justa que se supõe o conselho filosófico.

Paralelamente, outras questões significativas à narrativa passam a ser fundamentadas dentro desse diálogo platônico. Por exemplo, o fato de Sócrates interessar-se por Alcibíades, mesmo quando este já se encontrava no limiar da

---

<sup>29</sup> Inseto que persegue os animais, pica-os e os faz correr e agitar-se. Daí que o cuidado de si se relaciona a um princípio de inquietação da existência.

juventude (não tão belo quantos muitos outros jovens que interessam a Sócrates), e por outro lado ambicionava o exercício do governo, indica uma denúncia platônica ao déficit pedagógico ateniense, quando em comparação à prática pedagógica desenvolvida na mesma época em Esparta e pelos povos orientais (mais especificamente, os Persas). Nesse sentido, a crítica socrática foca em um momento da vida de Alcibíades no qual este se vê abandonado pelos pedagogos, justamente quando mais precisava ser conduzido (governado) por estes, como bem convinha. Os pretendentes de Alcibíades, quando este se encontrava no auge da sua juventude, interessavam-se apenas pela beleza de seu corpo; mas, com o decorrer do tempo, o abandonaram, sem destinar-lhe a atenção devida, sem o cuidado de governá-lo adequadamente. Sócrates, ao contrário, interessou-se em governar a alma<sup>30</sup> de Alcibíades, para que este pudesse aprender a cuidar de si próprio, bem como exercitar, como deveria, o governo dos outros.

Ademais, entende-se que era preciso ocupar-se consigo mesmo não somente quando se buscava governar os outros, mas também quando o governo de si mesmo não fosse priorizado pelas práticas pedagógicas. São contempladas, assim, questões socráticas fundamentais em torno do exercício do poder político: como a crítica à educação ateniense, bem como a grande falta para consigo mesmo que o sujeito pode cometer ao ignorar aquilo que desconhece (Alcibíades desconhecia o cuidado de si, e mesmo assim não o enxergava como importante para governar a cidade). Entretanto, Foucault excede a simples leitura do diálogo platônico: dele apropria-se para enfatizar, entre os antigos, a importância do cuidado de si como condição fundamental para o governo político dos outros.

Nesse diálogo, a função de Sócrates é convencer Alcibíades de que as ações de governo que ele pretende empreender devem ser antecedidas do controle de suas ambições. Não obstante, isso vale não somente para quem governa, mas também para quem é governado. Por um lado, se alguém quiser governar os demais, deve resistir à tentação de quaisquer desejos relacionados às ambições políticas; e por outro, a melhor maneira de resistir a uma determinada forma de governo está em limitar aquilo que, no indivíduo, parece ser ingovernável: seus próprios desejos, muitas vezes impetuosos e violentos. Sócrates conclui que Alcibíades teria tempo para aprender a governar a

---

<sup>30</sup> A alma (psyché) indica o eu como objeto do cuidado. No Primeiro Alcibíades, Platão toma distância da noção de alma como pertencente ao corpo, encontrada mais tarde no Fédon ou na República. Que o sujeito seja sua alma significa postulá-lo como sujeito de ação (FOUCAULT, 2010b).

cidade, alertando-o que na cultura do cuidado de si, governar a cidade, governar os outros, pressupõe certa prudência: para que o governante seja capaz de cuidar de si mesmo, precisa olhar para si, converter o olhar para si mesmo e encontrar em si sua verdade e sua justiça.

Ao que se refere ao segundo texto, Apologia de Sócrates, presente no curso de 1983, é destacado o descrédito socrático em relação à instituição política ateniense, sendo o cenário para tal descrédito o momento em que antecedia o julgamento do mesmo. Ou seja, como Sócrates se apresentava como o homem do dizer-a-verdade (aquele que exercia o franco-falar, a parresía), ao passo que caracterizava seus adversários como aqueles que nunca disseram senão coisas falsas, esse texto marca uma situação, para Sócrates, na qual se fazia fundamental praticar a parresía, ao mesmo tempo em que era um momento muito perigoso para exercê-la, uma vez que a parresía filosófica se colocava em seu ponto de conflito mais agudo: conflito de vida ou morte, com a eloquência político-judiciária tradicional.

Aqui, é importante abrir um parêntese para melhor explicar o sentido e o significado do franco-falar, ou parresía, na Antiguidade – apresentado por Foucault desde as últimas aulas do curso precedente, A hermenêutica do sujeito. Falar com parresía nada mais é do que falar sem nada ocultar, nem dissimular. Entretanto, o termo pode ser empregado em dois sentidos: o pejorativo – diz-se tudo, não importando o que, sem princípio de racionalidade ou de verdade, como na “má cidade democrática”; já o sentido positivo consistia em dizer a verdade sem reserva, nem retórica: dizer tudo, sim, mas em ligação com a verdade, sem mascará-la. Para caracterizar este sentido positivo, Foucault cita duas condições suplementares: o sujeito, ao dizer o que pensa, corre o risco de irritar o outro, arrisca-se à violência, fazendo com que a parresía demande certa forma de coragem – eis a coragem para se falar a verdade (FOUCAULT, 2010c).

Nesse sentido, a parresía propõe à política ações arriscadas e indeterminadas, uma vez que o dizer-verdadeiro, a pretensão de verdade enunciada em uma assembleia, pressupõe uma força, uma potência, uma ação sobre si que implica na coragem de dizer aquilo que lhe é verdadeiro, e uma ação sobre os outros para guiar e dirigir condutas. É nesse sentido que Foucault nos diz sobre a diferenciação ética de um processo de singularização desencadeado por meio da enunciação parresiástica: a parresía provoca

que os sujeitos políticos se constituam a si mesmos enquanto sujeitos éticos, capazes de se arriscar, lançar um desafio, que sejam capazes de governar a si mesmo e aos outros mesmo numa situação de conflito.

Para o Sócrates que Foucault nos descreve, o cuidado de si está vinculado a um estilo de vida alternativo em relação à atividade política institucional, assemelhando-se no texto da Apologia, ao cuidado da verdade – uma vez que Sócrates preferiu manter-se fiel àquilo que pensava ser verdade, desafiar seus adversários, e nem ao menos propôs alguma pena alternativa ao seu julgamento, mesmo lhe sendo facultada essa possibilidade. Nesse sentido, o cuidado da verdade será o critério da proposta socrática da inversão de valores na sociedade ateniense, ao mesmo tempo em que será marcada uma diferença entre o exercício, destinado a Sócrates pelos deuses, do cuidado dos atenienses, e o cuidado proporcionado pela política institucional (FOUCAULT, 2010c).

Na política, cuida-se dos interesses do povo, mas não do próprio povo. Por sua vez, na vida social, cuida-se da fama, da aquisição de riquezas e da ocupação de cargos políticos, prescindindo o cuidado da razão, da verdade e da alma. Se o filósofo negligencia fortuna, vantagens cívicas ou a carreira, é porque, mediante a escolha de uma maneira de viver singular, procura ser exemplo do cuidado consigo, de modo que os concidadãos cuidem igualmente de si mesmos. Destarte, a ocupação do filósofo é despertar os concidadãos: o cuidado de si constitui, assim, a tarefa do primeiro despertar.

Sócrates destaca que a vida pautada pelo cuidado de si identifica-se com a prática incessante do exame, pois uma vida sem exame não é digna de ser vivida (FOUCAULT, 2010b). Como o exame de si é inacabado, somente o cuidado permanente da verdade, da justiça e consigo confere dignidade ao viver, ao longo da existência. O exame constante mune o filósofo da atitude da coragem, sendo por meio desta que ele não acua diante do perigo que representa falar francamente para os demais cidadãos. O cuidado da verdade é que torna a vida merecedora de sua existência, mesmo que, com isso, ela própria esteja constantemente ameaçada.

Segundo Gros (2004), essa relação entre cuidado da verdade e cuidado da vida, bem como a crítica da política ateniense, que nos é formulada por Foucault dentro do estudo da filosofia socrática, não deixa de ser a apresentação vertical do próprio modo

como Foucault pensava a política institucional, pelo menos a partir do final dos anos 1970 e início dos anos 1980, ainda que o contexto e as formas de problematização sejam bem diferentes.

Na política, existe pouca coerência entre aquilo que se diz e aquilo que se pensa, entre aquilo que se pensa e aquilo que se sente, entre aquilo que se sente e aquilo que se vive. Entretanto, comumente nos deparamos com sistemas políticos que buscam legitimar seu governo em nome de uma verdade imposta. Por conseguinte, o grande desafio do cuidado de si inserido num contexto de exercício político, talvez seja sua relação com o cuidado da verdade. Verdade entendida como sinônimo de franqueza, no sentido da coragem de dizer a verdade diante de alguém cujo poder é maior que você ou perante uma maioria que opina contrariamente a você (GROS, 2004).

O cuidado da verdade, que para Foucault é algo fundamental a uma ética do intelectual<sup>31</sup> na sociedade contemporânea, possui forte relação com a parresía – haja vista que esta marca um exercício pelo qual um falante exprime sua relação pessoal à verdade e arrisca sua própria vida, pois considera o dizer-a-verdade um dever que ajuda outras pessoas (bem como a si próprio) a viver melhor. A partir disso, dois desdobramentos podem ser ressaltados: o primeiro diz respeito às consequências do dizer verdadeiro, o que significa arriscar a própria vida. É o que ocorre quando o filósofo se coloca como tarefa o diagnóstico da realidade. Mas, ao mesmo tempo em que arrisca a própria vida pelo perigo político que suscita o cuidado da verdade, a vida mesma é que adquire significado.

O segundo desdobramento refere-se aos efeitos do cuidado da verdade para com a vida dos outros: o dizer verdadeiro, o cuidado da verdade acarreta o cuidado da vida de outrem. Destarte, podemos entender uma revelação da fragilidade à qual a vida tem sido exposta, à medida que dispositivos de verdade que se apóiam no discurso do cuidado da vida, possam, ao mesmo tempo, torná-la insignificante: o cuidado da vida tem sido correlato da sua manipulação.

---

<sup>31</sup> Para Foucault, os intelectuais são aqueles capazes de utilizar criticamente suas competências no trato de problemas específicos, e sua função política está ligada ao problema da produção da verdade. A ação que pode exercer sobre a relação entre verdade e poder confere uma força completamente diferente a seu impacto sobre a sociedade (GROS, 2004).

Considerando que a maioria dos enunciados que tratam de gerir e cuidar das vidas, principalmente no decorrer do século XX, estão assentados em dispositivos de verdade de caráter político, Foucault já nos alertava que o problema não é mudar a ‘consciência’ das pessoas, ou que elas tem na cabeça, mas o regime político, econômico, institucional de produção da verdade:

Há um combate ‘pela verdade’ ou, ao menos, ‘em torno da verdade’ – entendendo-se, mais uma vez, que por verdade não quero dizer ‘o conjunto das coisas verdadeiras a se descobrir ou a fazer aceitar’, mas ‘o conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder’; entendendo-se também que não se trata de um combate ‘em favor’ da verdade, mas em torno do estatuto da verdade e do papel econômico-político que ela desempenha (FOUCAULT, 2008b, p. 13).

Por conseguinte, se dispositivos de verdade das ações políticas atuais em redução de danos sustentam governar o usuário em nome da vida, do seu cuidado e conservação, de sua qualidade e longevidade, no sentido de uma biopolítica (política em nome da vida / fazer viver), mas que tais dispositivos operam, ao mesmo tempo, a partir de uma crescente submissão da vida à administração e ao controle de um biopoder (vida submissa ao comando da política / política sobre a vida / deixar morrer), podemos encontrar no cuidado filosófico da verdade (desdobramento do cuidado de si) um modo de enfrentamento em relação a tais ações políticas, haja vista que esse cuidado filosófico remete a uma dimensão ética, bem como à liberdade do sujeito.

Nesse sentido, quando Foucault articula cuidado de si / ética / liberdade na sua entrevista intitulada “A Ética do Cuidado de Si como prática da liberdade”<sup>32</sup> pontua que não existe uma liberdade que seja algo “natural” do ser humano, ou que ser livre não se limita a agir sem impedimentos externos, sem a coerção do poder público ou de outra natureza. A liberdade é entendida como efeito de ações que podem tanto limitar o campo de possibilidade de outras ações, como também não se deixar determinar inteiramente por elas. Depreende-se a afirmação foucaultiana de que não existe “a” liberdade, mas práticas de liberdade que podem criar e produzir modos de se governar, como também limitar e resistir ao governo dos outros.

---

<sup>32</sup> FOUCAULT, 2006b, pp.264-287.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste trabalho, procurou-se realizar a tarefa de interligar os três planos de investigação propostos, fazer com que as discussões e análises estivessem atravessadas, ao mesmo tempo, por questões históricas, políticas e éticas. Confesso que esta tarefa foi o maior desafio proporcionado pelo processo de pesquisa. Nesse sentido, o desafio era colocado ao passo que a pesquisa era construída.

Acho importante salientar que o processo de pesquisa proporcionou este desafio porque, como mencionado na introdução do trabalho quando tratava da discussão metodológica, houve uma cumplicidade do método escolhido para com a processualidade do trabalho. Posso dizer mesmo que a processualidade foi o método da pesquisa. Em diversos momentos, a pesquisa passou, por si só, a “tocar” os rumos das discussões, bem como a desviar dos planejamentos previamente traçados nas orientações: fosse em decorrência de uma reportagem assistida, de um vídeo postado na internet, um artigo ou um mais recente livro publicado. Eis alguns exemplos das interferências e afetações que a produção acadêmica está passível.

O primeiro capítulo propôs a investigar características históricas e políticas que constituíram formas de medicina social na Alemanha, na França e na Inglaterra, bem como relações traçadas entre o Estado, a medicina e a noção de polícia médica. Por conseguinte, a pesquisa levanta a hipótese de que as atuais ações de redução de danos destinadas aos usuários de drogas podem ser percebidas como uma atualização das práticas de medicina social, haja vista que ambas estabelecem aproximações com perspectivas biopolíticas e com discursos que se colocam a favor da vida, mas, ao mesmo tempo, enunciam ditames dessas mesmas vidas. A sustentação dessa hipótese certamente deve ser melhor apurada em estudos que aprofundem as relações entre biopolítica, medicina social e redução de danos.

Ao tratar da medicina social alemã, considero relevante o contato com os escritos de George Rosen (1979), destacando os princípios apontados em seu estudo do movimento da Reforma Médica no século XIX, o qual propunha a medicina como uma ciência social e a política uma medicina em grande escala. Tais princípios diziam que a

saúde da população é um objeto de responsabilidade social e que, ao Estado, caberia o papel de “proteger” a vida humana e oferecer condições de uma “existência saudável”. Nesse sentido, entendiam que o futuro de um império dependeria das boas condições de saúde da sua população. O Estado incitava cada indivíduo a cuidar de si próprio, a cuidar do seu próprio corpo, colocando-se no direito de intervir na liberdade pessoal do indivíduo, no seu interesse ou não em cuidar-se.

Ampliando o escopo dessas questões, as discussões propostas nesse capítulo nos ajuda a problematizar o tempo presente, numa tentativa de compreensão das nossas relações para com o momento em que vivemos – como, por exemplo, indagar se as atuais práticas da Política Nacional Sobre Drogas fazem uso de dispositivos biopolíticos ou tecnologias disciplinares; e se os enunciados das ações de redução de danos em favor do protagonismo e da liberdade do usuário de drogas não são atravessados por um cuidado biopolítico.

No segundo capítulo, foi discutido como certos traços da medicina europeia foram apropriados e aperfeiçoados pelo o Estado brasileiro mediante ao seu contingente populacional, chegando a caracterizar-se pela aplicação de medidas urbanistas, militaristas e higienistas. No tocante aos tratamentos destinados a usuários de drogas no Brasil, vimos que atitudes repressoras e articulações políticas entre orientações militaristas, penalistas e médicas eram as principais ferramentas utilizadas pelo Estado.

Por conseguinte, foi apresentado o percurso das práticas de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas, desde as suas primeiras intervenções de caráter underground até se tornam política de Estado, colocando em questão certos dilemas traçados entre instâncias jurídicas e da saúde, além dos seus enunciados em favor do protagonismo, da liberdade, da ética e sobre o cuidado de si do usuário. Ao final foram elencados seus princípios básicos e pressupostos, bem como a direção de tratamento focada na corresponsabilidade do usuário e o vínculo para com o profissional redutor de danos. Convêm mencionar o fato de que, muito embora as estratégias de redução de danos afirmem não se apoiar na abstinência como “meta do tratamento”, seus enunciados oferecem indícios para questioná-las quanto a esse aspecto.

O terceiro capítulo trata de algumas questões éticas e políticas que se articulam no pensamento de Michel Foucault, em sua pesquisa histórica da Antiguidade,

formuladas a partir daquilo que significava na cultura Greco-romana as noções do cuidado de si tanto para si mesmo, quanto para com os outros. Nesse sentido, são apresentadas relações entre o cuidado de si e o campo da moral Antiga – moral esta que não “assujeita”, sendo pensada enquanto experiência e centrada na figura do sujeito, mais especificamente na relação que este estabelece com a verdade. A experiência ética da Grécia, entre os séculos IV e II a.C., reporta-se às “estéticas da existência”, à produção da vida como uma obra de arte.

São também pontuadas diferenciações possíveis entre o cuidado de si enunciado na redução de danos e as formas do cuidado de si que Foucault nos apresenta em seus últimos escritos. Outro aspecto de discussão remete à possibilidade de uma revisitação ética do cuidado de si frente à atividade política, percebendo o cuidado de si como uma atitude política ativa e de resistência ao poder.

Destarte, a atitude política e ética do cuidado de si, articuladas às práticas de liberdade e à noção de parresía – noção que estabelece entre aquele que fala e o que ele diz um vínculo forte, um franco-falar necessário e constitutivo, mas, ao mesmo tempo, abre sob a forma do risco o vínculo entre aquele que fala e aquele a quem ele se endereça – passa a constituir uma grande cilada aos jogos de verdade, bem como aos modos institucionalizados de se fazer política e das atuais ações em redução de danos que sustentam, ao mesmo tempo, um discurso em favor da vida dos usuários de drogas e práticas de administração dessa mesma vida.

No mais, vale destacar que as discussões levantadas no decorrer da pesquisa não se esgotam nestas páginas e poderiam percorrer caminhos outros. A leitura do *Governo de si e dos outros II – A coragem da verdade* (ainda não finalizada), somadas às leituras dos últimos cursos de Michel Foucault que ainda não foram publicados, certamente podem vir a aprofundar ainda mais as articulações de pensamento aqui propostas, principalmente no tocante às relações entre governamentalidade / cuidado de si / parresía. Entretanto, o prazo acadêmico nos alcança e anuncia o momento em que o ponto final deve ser posto.

## REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICOS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REDUTORAS E REDUTORES DE DANOS (ABORDA). **Cuidado de si**. s/d. Disponível em: <<http://www.abordabrasil.org>>. Acessado em 12/06/2010.

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

BAPTISTA, Luís Antônio. **A cidade dos sábios: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades**. São Paulo: Summus, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 457/GM**. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. **Resolução n.º 3/GSIPR/CH/CONAD**, de 27 de outubro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Drogas e Redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**. EPJN-FIOCRUZ: Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD). 4ª edição. Brasília, 2011.

CANDIOTTO, Cesar. Ética e política em Michel Foucault. **Revista Trans/Form/Ação**. Marília. V.33, nº 2, pp.157-176. 2010.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

COIMBRA, Cecília. **Guardiães da ordem: Uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “Milagre”**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

\_\_\_\_\_. **Ordem médica e norma familiar**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

DIAS, Rafael Mendonça. **Do asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos**. 170 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

- \_\_\_\_\_. **Nascimento da biopolítica.** São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008b.
- \_\_\_\_\_. **Segurança, território e população.** São Paulo: Martins Fontes, 2008c.
- \_\_\_\_\_. **Arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008d.
- \_\_\_\_\_. **História da Sexualidade I – A vontade de saber.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009a.
- \_\_\_\_\_. **História da Sexualidade II – O uso dos prazeres.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009b.
- \_\_\_\_\_. **História da Sexualidade III – O cuidado de si.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009c.
- \_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos IV – Estratégia, poder-saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a.
- \_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos V – Ética, sexualidade, política.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b.
- \_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos VI – Repensar a política.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010a.
- \_\_\_\_\_. **A hermenêutica do sujeito.** São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010b.
- \_\_\_\_\_. **O governo de si e dos outros.** São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010c.
- FUGANTI, Luis. **Biopoder nas políticas de saúde e desmedicalização da vida.** Discurso proferido no CRP-RJ em 29 de março de 2007. Disponível em: <[http://escolanomade.org/tikiread\\_article.php?articleId=37](http://escolanomade.org/tikiread_article.php?articleId=37)>. Acesso em: 02 de maio de 2012.
- GROS, Frédéric. **A coragem da verdade.** São Paulo: Parábola Editorial, 2004.
- \_\_\_\_\_. Situação do curso. In: FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito.** São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010. pp. 457-493.
- KASTRUP, Virgínia. **Competência ética e estratégias de resistência.** Palestra proferida no Simpósio Estratégias de Resistência e criação no XII Encontro Nacional da ABRAPSO – A Invenção do Presente, Porto Alegre, 2003.
- LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2006.
- LE GOFF, Jacques. **História e Memória.** Campinas: Editora da Unicamp, 2003.
- MACHADO, Ana Regina. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política**

**pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas.** 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Katia. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

\_\_\_\_\_. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault.** Rio de Janeiro, Edições Graal, 1981.

MARLATT, G. Alan. **Redução de Danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MATURANA, Humberto. **Cognição, ciência e vida cotidiana.** Belo Horizonte: UFMG, 2001.

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

NEVES, Cláudia Elizabeth Abbês Baeta; ROLLO, Adail. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (Série B. Textos básicos em Saúde). Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.slab.uff.br/textos/texto82.pdf>>. Acesso em: 02 de maio de 2012.

FARHI NETO, Leon. **Biopolíticas: as formulações de Foucault.** Florianópolis: Cidade Futura, 2010.

ORTEGA, Francisco. Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão do corpo. In: **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas.** ORLANDI, L.B.L., RAGO, M., VEIGA-NETO, A. (Orgs.). Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2005.

PRADO FILHO, Kleber. Considerações acerca do cuidado de si mesmo contemporâneo. In: **Ética e subjetividade: novos impasses no contemporâneo.** TESDESCO, S. e NASCIMENTO, M.L. (Orgs.). Porto Alegre: Sulina, 2009.

RAGO, Margareth. Libertar a história. In: **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas.** ORLANDI, L.B.L., RAGO, M., VEIGA-NETO, A. (Orgs.). Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2005.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. **O talento dos poetas e as histórias da loucura: Foucault, Goffman, Szasz, Basaglia.** Discurso proferido no VII Colóquio Internacional Michel Foucault. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2011.

ROLNIK, Suely. **A vida na berlinda.** Disponível em: <<http://www.uol.com.br/tropico/ensaio>>. Acesso em: 19/05/2012.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. Transformações do corpo: controle de si e uso dos prazeres. In: **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas.**

ORLANDI, L.B.L., RAGO, M., VEIGA-NETO, A. (Orgs.). Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2005.

SOUZA, Tadeu de Paula. **Redução de Danos no Brasil: a clínica e a política em movimento.** 116 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

VIANNA, Priscila Cravo. **A produção do problema da droga como caso de polícia e saúde pública.** 155 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.