

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE  
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE /MODALIDADE EAD**

**ARTIGO CIENTÍFICO DE ESPECIALIZAÇÃO**

**OUTROS OLHARES NO CUIDADO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E  
OUTRAS DROGAS**

**ANA MARIA RIBEIRO**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2012.**

# **OUTROS OLHARES NO CUIDADO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

por

**ANA MARIA RIBEIRO**

Artigo apresentado ao curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde – Modalidade EAD da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM – RS), como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. MS<sup>a</sup>. Fernanda Sarturi

**Santa Maria, RS, Brasil  
2012**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Pólo de São Francisco de Paula  
Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública  
em Saúde - modalidade EAD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova  
artigo científico de especialização

**OUTROS OLHARES NO CUIDADO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E  
OUTRAS DROGAS**

elaborada por  
**ANA MARIA RIBEIRO**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

Fernanda Sarturi, Msc.  
(Presidente/Orientadora)

---

Giovana Cristina Ceni, Dra.

---

Gitane Fuke, Msc

## OUTROS OLHARES NO CUIDADO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

## OTHER VIEWS IN CARE OF PEOPLE WHO USE ALCOHOL AND OTHER DRUGS

## OTRAS OPINIONES EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS QUE USAN EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Ana Maria Ribeiro<sup>1</sup>

Fernanda Sarturi<sup>2</sup>

### RESUMO

A redução de danos é como uma estratégia de organizar junto ao usuário recursos próprios para encontrar sentido na sua vida e restituir ao sujeito sua própria história. Permitir visualizar outras possibilidades que não a abstinência, buscando inclusão social e cidadania para os sujeitos que usam álcool e outras drogas. O objetivo desta reflexão teórica foi promover a discussão sobre o programa de redução de danos destacando a importância do usuário como sujeito do processo e das ações da equipe de saúde na visão ampliada do usuário de álcool e outras drogas. A redução de danos e a clínica ampliada, são metodologias de trabalho flexíveis que visam promover a singularidade do sujeito favorecendo sua inserção na sociedade e promovendo a co-participação do usuário no processo de cuidar. Ao finalizar o estudo destaca-se que os profissionais da saúde precisam pensar formas que possam contribuir para autonomia e co-participação dos usuários, não com o objetivo de idealizar a redução de danos ou negar outras modalidades de atendimento, mas como estratégia para alcançar os sujeitos que usam álcool e outras drogas.

**Descritores:** Drogas. Saúde. Profissionais da Saúde. Gestão Clínica.

### ABSTRACT

Harm reduction is as an organizing strategy by the user's own resources to find meaning in his life and return to the subject his own history. Allow viewing other possibilities other than abstinence, seeking social inclusion and citizenship for individuals who use alcohol and other drugs. The purpose of this was to promote the theoretical discussion of the harm reduction program

---

<sup>1</sup> Psicóloga. Graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Especializanda do curso de Gestão e Organização Pública em Saúde – modalidade EAD pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Centro de Educação Superior Norte (CESNORS) – Palmeira das Missões/RS.

<sup>2</sup> Orientadora. Enfermeira. Professora Mestre em Enfermagem. Docente da UFSM-CESNORS-PM, Curso de Enfermagem.

highlighting the importance of the user as the subject of the case and the actions of the health team in vision amplified from alcohol and other drugs. Harm reduction and extended clinic, working methods are flexible to promote the uniqueness of the subject favoring their integration into society and promoting co-user participation in the care process. At the end of the study highlights that health professionals need to think about ways they can contribute to autonomy and co-participation of the users, not for the purpose of designing harm reduction or deny other forms of care, but as a strategy to achieve subjects who use alcohol and other drugs.

**Key Words:** Drugs. Health Professionals Health. Clinic Management.

## **RESUMEN**

Harm reduction is as an organizing strategy by the user's own resources to find meaning in his life and return to the subject his own history. Allow viewing other possibilities other than abstinence, seeking social inclusion and citizenship for individuals who use alcohol and other drugs. The purpose of this was to promote the theoretical discussion of the harm reduction program highlighting the importance of the user as the subject of the case and the actions of the health team in vision amplified from alcohol and other drugs. Harm reduction and extended clinic, working methods are flexible to promote the uniqueness of the subject favoring their integration into society and promoting co-user participation in the care process. At the end of the study highlights that health professionals need to think about ways they can contribute to autonomy and co-participation of the users, not for the purpose of designing harm reduction or deny other forms of care, but as a strategy to achieve subjects who use alcohol and other drugs.

**Palabras clave:** Drogas. Profesionales de la Salud. Gestión Clínica.

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito da Saúde Pública, os conhecimentos advindos da Reforma Sanitária e constitutiva do Sistema Único de Saúde - SUS estão em sintonia com a Política de Redução de Danos, que transversaliza os saberes da epidemiologia e da saúde mental. As parcerias feitas para ampliar as possibilidades, dentre eles os Serviços de Atendimento Especializado em HIV/AIDS (SAE HIV/AIDS) e Centros de Testagem Aconselhamento (CTA), ficando uma lacuna significativa no que se refere às Unidades Básicas de Saúde. Também eram poucas as instituições de referência para tratamento do uso de drogas, já que o SUS praticamente não possuía este serviço (BRASIL, 2000).

Atualmente a rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas esta composta por Programas de Redução de Danos (PRD), unidades de saúde rede de atenção básica, serviços de SAE - DST/AIDS, serviços de saúde mental (em especial, mas não exclusivamente os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD). Nesse sentido, a ideia é fazer operar de forma articulada uma rede que possua papéis, complexidade e resolutividade distintos, de forma a construir potencialidades diversas e complementares. Sem esquecer que para essa rede possa operar efetivamente é necessário trabalhar as fantasias e concepções de ordem moral que se constituíram entre profissionais da saúde e usuários drogas, esse desafio não se destingue muito de outras realidades referente a outros segmentos sociais ditos “diferentes” (profissionais do sexo, homossexuais, presidiários), ou seja, populações que de alguma forma são atrelados e se atrelam à marginalidade (BRASIL, 2004a).

O autor descreve a redução de danos como uma estratégia de organizar junto ao usuário recursos próprios para encontrar sentido na sua vida e restituir ao sujeito sua própria história. Assim permitir visualizar outras possibilidades que não a abstinência, buscando inclusão social e cidadania para os sujeitos que usam álcool e outras drogas, como na tentativa de ampliar o olhar sobre os sujeitos que usam álcool e outras drogas é preciso articular saberes e intervenções na busca de alternativas possíveis. A redução de danos contempla questionamentos sobre o cuidado desses usuários que usam álcool e outras drogas. No entanto, essa questão é tão desafiadora quanto necessária, já que não se pode negar os limites impostos pelos modelos científicos dominantes que fazem falhar as ações em diversos campos, como é o caso destes sujeitos.

A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas, conforme Portaria nº 1.028/GM de 2003, visa reduzir os danos sociais e à saúde, dessa forma, considera que as estratégias devem ser desenvolvidas por meio de ações de saúde dirigidas a pessoas que não conseguem ou não querem interromper o referido uso sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo (BRASIL, 2003).

Outra questão relevante refere-se a possibilidade dos sujeitos, que usam álcool e outras drogas, refletirem sobre o que é melhor para sua saúde, fazer escolhas de acordo com seu julgamento, reafirmando a responsabilidade do indivíduo em relação ao seu tratamento e ao seu uso de drogas. Então, a redução de danos representa uma alternativa para a promoção de saúde no sentido mais amplo da palavra, o adverso da busca da abstinência, ficando próxima das pessoas pela busca de sua singularidade (BRASIL, 2004a).

Depara-se, então, que quando se encarrega de cuidar de vidas, tem-se de lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas. As práticas de saúde devem levar em conta essa diversidade e acolher sem julgar o que cada usuário demanda. Percebe-se que é preciso avaliar cada situação, o que é necessário e o que é possível, o que deve ser feito e o que pode ser ofertado, sempre estimulando a sua participação e autonomia e buscar acessar essa pessoa e não esperar por ela nos serviços de saúde (BRASIL, 2004b).

Então, ao pensar que o consumo ocorre na comunidade, é no campo comunitário que terão lugar as práticas preventivas de maior impacto sobre a vulnerabilidade e o risco da saúde desses sujeitos que usam álcool e outras drogas, mas para conseguir abertura, é necessário ser convidado para entrar no território, caso contrário, jamais se conseguirá acessar os níveis que tornam possíveis o encontro da subjetividade.

Pensa-se que a redução de danos se apóia na promoção do exercício da cidadania e singularidade dos sujeitos que usam álcool e outras drogas. O que significa é a importância da condição de cidadão portador de direitos, antes da condição de “usuário de drogas na sociedade”, que não têm como objetivo a abstinência, mas se avalia os riscos reais para a vida do usuário e, claro, de toda a sociedade (BRASIL, 2000).

Se afirmar que a redução de danos é uma estratégia e também um método de trabalho, entende-se que para ter a eficácia que ela pretende, deve ser operada em rede com outros serviços, para isso, ela deve ser operada em “interações”, com a criação de pontos de referência, a viabilização do acesso e do acolhimento e a multiplicação das possibilidades de enfrentamento ao problema decorrente do uso (BRASIL, 2004a).

Sem idealizar ou negar qualquer modalidade de atendimento, procura-se desenvolver neste trabalho, a possibilidade da redução de danos e a clínica ampliada como metodologia de cuidado, flexível e atento às mudanças e exigências que vem ocorrendo na relação da sociedade com as drogas na contemporaneidade. Neste sentido, pensar formas que o profissional da saúde poderá contribuir para esses usuários de álcool e outras drogas, que é um tema que tem desafiado tanto os cuidadores, como a sociedade.

Considerando o exposto este estudo justifica-se pela necessidade de se ocasionar a reflexão dos gestores e profissionais da saúde no que tange a promoção e manutenção da saúde dos usuários de álcool e outras drogas. Para tanto, esta reflexão teórica tem como objetivo promover a discussão sobre o programa de redução de danos destacando a importância do usuário como sujeito do processo e das ações da equipe de saúde na visão ampliada do usuário de álcool e outras drogas.

## **METODOLOGIA**

Este estudo trata-se de uma reflexão teórica sobre o programa de redução de danos, políticas de saúde, cuidado aos usuários de álcool e outras drogas e ações da equipe de saúde. Pontua-se que para tal foram utilizados artigos científicos, livros e sites como do Ministério da Saúde para abarcar a temática (SILVEIRA; ZAGO, 2006).

Os critérios utilizados para a seleção foram artigos publicados em periódicos nacionais; publicados a partir de 2005, independentes do método de pesquisa utilizados.

## **REFLEXÃO TEÓRICA**

A redução de danos traz, segundo Petuco e Medeiros (2010), três grandes contribuições para o campo dos cuidados dirigidos aos sujeitos que usam álcool e outras drogas. A primeira, já descrita, fala da não cobrança da abstinência como requisito para a intervenção com essa população; a segunda fala do valor de ampliar o direito de participação política aos sujeitos, não

apenas para discussão sobre os serviços e práticas de saúde, mas sobre as políticas de drogas como um todo; a terceira, por fim, fala do trabalho de campo realizado no território, nos locais e horários em que as pessoas que usam drogas, estão em pleno uso.

As autoras Nardi e Rigoni (2005), abordam que a redução de danos busca romper com os modelos tradicionais, desconstrói verdades e autoriza o nascimento de novas políticas de ação em relação ao uso de drogas. Nessa mesma direção. O Ministério da Saúde (Brasil, 2003) propõe que seja compreendido como um dispositivo que se caracteriza dos modos de intervir que exercitam técnicas de biopoder. Um lugar que não estabelece relações com os sujeitos que usam álcool e outras drogas pela via da moral, do ressentimento ou do resgate de um estado de saúde ideal estabelecido pela norma médica.

[...] hoje se configura, diante do atual cenário, a necessidade de sua expansão de forma a contemplar os estilos de vida dos diferentes usuários de álcool e outras drogas, lidando com situações complexas configurando-se num campo de ações transversais e multisetoriais, que misture enfoques e abordagens variadas, ou seja, resgatar sua dimensão de promoção à saúde (BRASIL, 2003, p.31).

Segundo Nardie e Rigoni (2005), trata-se de uma educação para autonomia ao invés de identificar qualquer tipo de uso, explicam-se diferentes possibilidades de uma visão ação educativa, trabalhando a percepção dos riscos e o acompanhamento, o oposto de medicalização, ação policial e inacabáveis internações em comunidades terapêuticas; dessa forma um apoio na formulação da demanda de tratamento e do encaminhamento, respeitando sempre suas particularidades, mantendo uma relação de confiança e acompanhamento, desfazendo pânico e discriminações.

Desse modo, as autoras no que se refere que o redutor opera num sentido de “busca ativa” dos sujeitos que usam álcool e outras drogas, na descoberta de suas redes sociais, locais de uso, práticas de risco, sempre sustentado na formação de um vínculo com o sujeito. Nessa mesma perspectiva, Siqueira (2006) diz que através desse vínculo que os redutores realizam os “contratos terapêuticos” com as pessoas em campo até mesmo no ato do uso; alianças que passam pela troca de utensílios, tais como: seringas,

cachimbos, distribuição de preservativos e também os encaminhamentos, sempre respeitando o momento e a vontade do usuário, onde pouco a pouco se estabelecem formas de cuidado que perpassam tanto o usuário quanto o próprio redutor.

Nardi e Rigoni (2005) ainda dizem que muitos redutores são sujeitos que usam álcool e outras drogas ou já utilizaram, em função da estratégia de trabalho com sujeitos semelhantes a eles pelo conhecimento da linguagem, estratégias e necessidades da população com a qual trabalham. E, também, que seja morador do território no qual irá atuar, caso contrário, o trabalhador tem que entrar em locais que não conhece previamente as pessoas ou não tem acesso, através do vínculo formado.

Petuco e Medeiros (2010) trazem como contribuição à Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, no que diz respeito ao trabalho de campo. O território da redução de danos possui três dimensões: espacial, simbólica e temporal. A dimensão espacial desse território é a área que une tais bairros, que é ligada a esse ou aquele serviço de saúde, entre outras; já a dimensão simbólica diz respeito às coisas que se pode perceber nesse espaço, a partir do olhar e da escuta, terapêutica ou não. E a dimensão temporal fala a respeito do momento no qual está se trabalhando, afinal uma mesma rua pode ser lugar de uso de drogas lícitas durante o dia e de drogas tornadas ilícitas à noite.

Conforme os autores a metodologia de trabalho que a redução de danos preconiza é possível contatar os sujeitos que usam drogas em situações de ilegalidade e também podem acessar esses sujeitos em momentos muito distintos daqueles com os quais se costumam deparar nos serviços de saúde.

A partir da discussão, é preciso entender como a redução de danos se apropriou deste processo e vem produzindo um novo “olhar” sobre o fenômeno das drogas. A ideia de um novo modelo indica que por alguma razão ou por inúmeras razões, as mesmas vêm produzindo uma abertura no campo das drogas e possibilitando que se pense e se intervenha diferentemente do que estava instituído, inserido como única meta possível: a abstinência.

Neste sentido, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser atingido (BRASIL, 2004a). Contudo, quando se trata de cuidar de vidas, mas de lidar

com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. A abordagem da redução de danos oferece um caminho promissor. Mas, por quê?

Porque reconhece cada sujeito em sua singularidade, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a Redução de Danos oferece-se como um método (no sentido de *methodos*, 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 coresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daqueles usuários, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003, p. 10-11).

Souza (2007) complementa ao expor que ao conceituar a palavra método vem de (*meta-hodos*): *meta* (objetivo) e *hodos* (caminho). A redução de danos foi deixando de ter como único objetivo a prevenção entre sujeitos que usam drogas injetáveis e como único dispositivo de intervenção a troca de seringas. Com a sua ampliação foi concretizado o próprio método, que é efetivado por diversos dispositivos de atenção e gestão, esse processo foi ampliado a partir da atual política nacional de drogas que a inseriu num novo plano de articulação.

Nesse ponto, Benevides (2005) convoca a pensar modos de fazer e participar desse produzir saúde que convida a uma clínica-política, pois para que não reste apenas como mudança comportamental, a redução de danos deve-se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, produzir outros movimentos possíveis na sociedade, visando avançar no grau de autonomia dos sujeitos que usam álcool e outras drogas; sendo que seus familiares devem usar recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida.

A redução de danos ao ser inserida como uma diretriz da política de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, assume como direção a ampliação de seus limites instituídos, pois ao tomar os pacientes como sujeitos coresponsáveis pela produção de saúde, ela se vê às passagens com a

criação de dispositivos que possibilitem tal direção. É dentro desse aspecto que a mesma toma o processo de ampliação como uma diretriz da clínica (BRASIL, 2003).

Os sujeitos que usam álcool e outras drogas de álcool, são usuários que não se adaptam aos formatos clínicos tradicionais, podem pensar nessa ferramenta como uma clínica realizada fora do consultório, para além do sintoma. Portanto, a redução de danos pode ser uma nova forma de *fazer-psi*, “é, por isso, que a posição ética de afirmação da vida e a corrente micropolítica provocada pelas experiências de redução de danos abre o sulco de uma nova clínica” (LANCETTI, p. 82, 2008).

Essa leitura se inscreve nos desdobramentos da clínica ampliada e como modalidade terapêutica a redução de danos, propostas em recente construção. Trazer essa discussão, ainda modesta, para a academia é um grande desafio, pois rompe com modelos hegemônicos de produção do conhecimento nas práticas clínicas e na ciência.

Como todo processo de mudança exige rompimentos com os modelos atuais é preciso coragem daqueles que afetados com as realidades encontradas nos serviços de saúde, são implicados em um fazer capaz de responder seus questionamentos. Procura-se novas práticas e saberes centrados naqueles para os quais elas se dirigem e não na manutenção de modelos tradicionais que respondem apenas a sua própria vaidade profissional ao não enfrentar seus limites.

Campos (2006) discorre sobre a capacidade de compreender novas práticas que dependem de uma diminuição das áreas de saber, reduzir o conhecimento; desse modo a educação em saúde e o acesso às informações são fundamentais. No entanto, as possibilidades de compreensão dependem também de resistências internas, do não poder ou não querer saber sobre algo novo.

Dessa forma, busca-se modos de produção de conhecimento e de novas práticas não somente para psicologia, mas como para o profissional da saúde, sendo que a proposta clínica em questão busca potencializar a co-produção de autonomia. O sujeito deve realizar rompimentos, desviando de modelos atuais

que o aprisionam e proporcionar novas formas capazes de dar conta da sua realidade (SANTOS, 2009).

O paradoxo do “apoio Paidéia”, segundo Campos (2006) é pensado como recurso terapêutico voltado para ampliação de autonomia dos sujeitos, para ajudá-los a realizar esse percurso complicado, recomenda que os trabalhadores apresentem “ofertas”, nesse caso, a redução de danos a usuários de drogas. A noção de oferta difere da noção de prescrição porque pressupõe a possibilidade de que a análise de modo crítico, em uma relação dialógica com o profissional, em seguida, seja tomada uma decisão compartilhada que poderá se continuar utilizando drogas, mas de uma forma saudável, de acordo com os princípios da RDs.

Dessa forma o psicólogo como integrante da equipe de saúde e potencialmente envolvido nesse processo deve planejar sua intervenção em concordância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1990) que regulamenta a atenção à saúde no Brasil. De acordo com a lei que garante que todo profissional da saúde deve efetuar a sua prática, considerando alguns princípios fundamentais, dentre eles o da universalidade do acesso à saúde, que garantem a todos os cidadãos brasileiros o direito a um programa de saúde, além da universalidade os princípios de equidade e integralidade que garantem que a promoção de saúde deve considerar todos os cidadãos em sua singularidade, respeitando as inclinações e diferenças entre cada um.

Assim sendo, o código de ética profissional do psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005), alerta em seus princípios fundamentais, o psicólogo deve promover a saúde respeitando a liberdade, a dignidade e a integridade do ser humano, contribuindo assim para eliminar a negligência, a discriminação, a exploração, a crueldade e a opressão.

A lei da saúde no Brasil e a prática do psicólogo dirigida nos moldes da redução de danos, visto que a mesma pode ser vista como uma postura ética que visa o empoderamento dos sujeitos. Apesar disso, ainda se encontra algumas dificuldades na prática dos redutores de danos devido à contradição entre a forma como o uso de drogas é visto pelo código civil brasileiro e a postura ética dos profissionais, conforme os princípios do SUS (BRASIL, 2004b).

Para (Santos, 2009), a redução de danos sugere, antes de qualquer coisa escutar o usuário e o uso que ele faz das drogas, partindo desse pressuposto, reduzir tanto quanto possível os eventuais prejuízos que vêm sendo causados ao indivíduo pelo uso inadequado das drogas, bem como norteá-lo na direção de fazer um uso menos prejudicial.

Sendo assim, a redução de danos direciona os usuários para o lugar de cidadãos com direito à vida e à saúde, estimula nessas pessoas práticas de cuidado de si para que possam efetivamente tomar seus lugares, na sociedade. Lancetti (2008), afirma que a redução de danos pode transformar-se numa clínica é porque pode alterar num desvio que reflete em criar uma experimentação de vida ali onde o ato é mortífero.

Diz-se de outro modo que o Programa de Redução de Danos (PRDs) age no sentido de transformar a realidade de sujeitos que usam álcool e outras drogas de uma situação de margem, carimbada por estigmas sociais que o prendem a um lugar de desviante, doente e criminoso para um lugar de cidadão com direitos, analisando-o em sua singularidade e valorizando suas escolhas.

Pensar a intervenção nos diferentes espaços produzindo e promovendo saúde é produzir cidadania. Para Santos (2009, p. 2), fala “na perspectiva do homem como ser autônomo que se desenvolve e se constitui a partir da relação com o mundo social e cultural, sendo ele um agente nesse contexto”. Assim se pode, por meio do “fazer psicológico”, ajudar as pessoas, os espaços e as comunidades aos quais se intervém a conduzir a sua própria vida e construir suas próprias histórias. Na mesma direção que se caminha o caráter ético, técnico e também político da psicologia.

O campo de atuação é complexo, difícil e perpassa por inúmeras variáveis de ordem ideológica, política, social e cultural. Para Lancetti e Amarante (2006) isso ocorre em cada sociedade, época ou cultura, podendo identificar tipos sociais mais ou menos ideais, mais ou menos sadios, mais ou menos normais, de acordo com cada um dos padrões.

Mas, como se pode intervir com sujeitos sem se comprometer com a interrupção do uso? Como se pode “tratar” alguém que não queira interromper o uso? Percebe-se que as práticas profissionais, no que se refere à temática

álcool e outras drogas, têm sido, extremamente tradicionais. Para o Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRP, 2009), é fundamental ampliar a discussão da psicologia sobre essa questão e investir em outras diretrizes de trabalho e formas de cuidado que não foquem na abstinência ou na droga, e sim, no sujeito.

Portanto, acredita-se na perspectiva da redução de danos, porque ela considera o sujeito como ser humano singular e integral, capaz de protagonizar a sua história e intervir sobre a sua vida. Segundo Lancetti (2008), a proposta é vital para elaboração de territórios existenciais inéditos, capazes de tolerância, surgidos na construção do comum e é vital também porque permite fugir da posição de derrota e de impotência a que nos condenam as campanhas antidrogas e a ideologias da abstinência.

Afirma Amarante (1996), que o fundamental é entender que não se pode paralisar a produção teórica e prática diante dos desmontes enfrentados por uma visão tradicional de usuários de drogas, e das dificuldades de romper com estigma do dependente químico. Ou ainda, como o próprio autor sugere “admitir que possamos demonstrar a realidade para (permanentemente) reconstruí-la sob novas bases” (AMARANTE, 1996, p. 32), inventar novas realidades, desconstruir para reinventar.

Sob este olhar a clínica ampliada funciona como dispositivo potencializador desse novo modo de fazer saúde, no qual se privilegia a autonomia e o vínculo com a população. Nessa perspectiva, a clínica ampliada incorpora o conceito de escuta como um processo no qual o profissional da saúde ajuda o usuário a reconstruir (respeitar) os razões que causam o seu adoecimento e as ligações que ele põe entre o que sente e a sua vida (BRASIL, 2004b). Essa escuta é complexa e considera os vínculos e afetos tanto dos profissionais quanto dos usuários trata-se de uma clínica da relação.

Nesse processo de transformação das práticas em saúde, o conceito de clínica ampliada aparece como meio que impulsiona os profissionais em saúde a repensarem a construção da clínica. Segundo Cunha (2007), a clínica ampliada é a transformação da atenção individual e coletiva, que possibilita a compreensão e o trabalho de múltiplos aspectos do sujeito na sua complexidade.

Entende-se que a reabilitação social é a intervenção que a pessoa que usa álcool e outras drogas necessita. Portanto, a criação, a invenção e a ampliação da escuta, desde que possam ser continentes do transbordamento subjetivo que a pessoa está vivenciando são a direção que conduz a clínica. Essa sim é a acolhida da diferença, como a estratégia da redução de danos e táticas para alcançar tal objetivo deve ser composta por uma clínica artesanal, ou seja, a partir do que é possível construir com cada sujeito singular. Lancetti (2008, p. 37), refere essa expressão por parecer a mais aproximada dos procedimentos que se desenvolvem com pacientes, “que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais”.

A representante do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, em sua fala defende o cuidado em rede para enfrentar o avanço do *crack* e outras drogas, onde diz: “nossa tendência é excluir, segregar, internar os usuários de drogas. Em alguns casos, a internação é pontual como estratégia de tratamento, mas ela é inócua se não há uma rede competente para receber este indivíduo de volta. Desta forma, ele retorna sempre ao consumo” (SANTOS, 2009, p. 4).

Portanto, os profissionais da saúde precisam pensar formas que possam contribuir para esses sujeitos que usam álcool e outras drogas, não se tem como objetivo idealizar a redução de danos ou negar outras modalidades de atendimento, mas acredita-se nessa possibilidade de estratégia como a única forma de alcançar todos os sujeitos que usam álcool e outras drogas.

Nesta pesquisa, discutiu-se a redução de danos e a clínica ampliada, como modalidade de atendimento, procurou desenvolver neste trabalho, a possibilidade da redução de danos e a clínica ampliada como metodologia de cuidado, flexível e atento às mudanças e exigências que vem ocorrendo na relação da sociedade com as drogas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao analisar, a produção de sentidos sobre as práticas de cuidado no contexto de sujeitos que usam álcool e outras drogas se buscou repensar as

condições de possibilidade de escuta e cuidado que não a condição da abstinência.

É impossível pensar em saúde mental em condições de privação de liberdade. Então, se diz que a forma de “tratar” é criar laços sociais com o usuário de álcool e outras drogas. Será que uma forma de trazer uma pessoa de volta a sociedade não é trazer a sociedade de volta até ela? Pode-se pensar que uma proposta de incluir é, primeiramente, encontrar uma forma que esse sujeito possa pertencer a essa sociedade da maneira dele, fazendo com que ele interaja e se sinta parte dela. Sem idealizar ou negar outras modalidades de atendimento, mas a perspectiva de redução de danos da qual se falou, não é um movimento de legalização, que isso fique claro, mas sim, um movimento de responsabilização por esse fenômeno. Coloca-se diante do fracasso das intervenções tradicionais, que simplificam demais a existência humana, evidenciando que a questão não é apenas de ser contra ou a favor das drogas, mas, sobretudo, é necessário acolher e aceitar as pessoas que a usam.

Assim, os profissionais da área da saúde não só tem condições como o dever de construir estratégias que enfoquem a subjetividade junto aos sujeitos que usam álcool e outras drogas. Dessa forma, possibilitar que essas pessoas sobrevivam de acordo com suas singularidades.

A clínica ampliada inclui o usuário como um sujeito ativo na relação clínica, nesse sentido, a cura deixa de ser uma meta a ser alcançada e é substituída pela corresponsabilidade nos processos de produção de saúde.

Diante desse panorama, os procedimentos da clínica ampliada indica um processo de ampliação da própria instituição da clínica. Ao comparecer como uma diretriz da política de álcool e outras drogas é a própria clínica que assume como direção a ampliação de seus limites instituídos, pois, ao tomar os pacientes como sujeitos corresponsáveis pela produção de saúde, ela se vê às voltas com a criação de dispositivos que possibilitem tal direção. É dentro dessa perspectiva que a redução de danos toma o processo de ampliação como uma diretriz da clínica.

Através desta perspectiva a estratégia de redução de danos tem se tornado um importante instrumento de intervenção na construção da cidadania frente ao leque de possibilidades técnicas disponíveis para a sociedade

brasileira. Principalmente respeito aos direitos humanos dos usuários de álcool e outras drogas, enfrentando qualquer prática de estigma, discriminação e violência.

Acredita-se que os preceitos do SUS tais como, universalidade e equidade precisam estar interligados no acesso destes usuários aos serviços e ações de saúde em todas as esferas de gestão e níveis de atenção do SUS. Assim como, intersetorialidade e a transversalidade na formulação e execução deste plano estabelecendo compromissos entre governo, o movimento de redução de danos e outros movimentos sociais.

Ainda nessa direção, o fortalecimento nas três esferas de gestão do SUS, de instâncias de interlocução entre governo e movimentos sociais, desenvolvendo mecanismos que favoreçam o controle social das ações voltadas para a redução dos contextos de vulnerabilidade das pessoas que usam álcool e outras drogas.

Diante desse contexto, os profissionais da saúde precisam pensar formas que possam contribuir para autonomia e co-participação dos usuários, não com o objetivo de idealizar a redução de danos ou negar outras modalidades de atendimento, mas acredita-se nessa possibilidade como estratégia para alcançar os sujeitos que usam álcool e outras drogas.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1996.

BENEVIDES, Regina. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?. **Psicologia & sociedade**, Florianópolis, v.17, n. 2, p. 21-25, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27040.pdf>> . Acesso em: 21 abr. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 27 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redução de danos saúde e cidadania**: CN DST/AIDS. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003. Disponível em: <  
[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03\\_0277\\_%20M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0277_%20M.pdf)> . Acesso em: 21 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília, 2004a. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alcool\\_reducao\\_danos2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alcool_reducao_danos2004.pdf)> . Acesso em: 21 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília, 2004b. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner Souza (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 41-80.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional dos psicólogos**. Brasília, 2005. Disponível em: <  
[www.crprs.org.br/a\\_orien/codigo/fr\\_codigo\\_etica\\_new.htm](http://www.crprs.org.br/a_orien/codigo/fr_codigo_etica_new.htm)>. Acesso em: 27 abr. 2012.

CUNHA, Gustavo Tenório. A clínica ampliada. In: CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 97-127.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: NARDI, Henrique Caetano; RIGONI, Rafaela Quadros. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 273-282, maio/ago. 2005. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a14.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2012.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva; MEDEIROS, Rafael Gil. **Saúde mental, álcool e outras drogas**. 2010. Contribuição apresentada à 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, Brasília, 2010. Disponível em: <  
[http://www.redehumanizausus.net/sites/redehumanizausus.net/files/AD\\_IV\\_CONF.pdf](http://www.redehumanizausus.net/sites/redehumanizausus.net/files/AD_IV_CONF.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2012.

SANTOS, Loiva Maria de Boni. Para pensar e falar sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. **Entrelinhas**, Porto Alegre, ano 10, n. 48, p. 4, jul./set. 2009.

SIQUEIRA, Domiciano. Introdução: convivência numa sociedade com drogas. In: SIQUEIRA, Domiciano (Org.). **Mal(dito) cidadão numa sociedade com drogas**. São Paulo: King Graf, 2006. p. 9-27

SILVEIRA, Camila Santejo; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.14, n.4, Ribeirão Preto jul./ago. 2006. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)>. Acesso em: 20 dezembro 2012.

SOUZA, Tadeu de Paula. **Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento**. 2007.116 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2007. Disponível em: < <http://www.slab.uff.br/dissertacoes/2007/Tadeu.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2012.