

O PARADIGMA DA REDUÇÃO DE DANOS NA CLÍNICA COM USUÁRIOS DE DROGAS: INFLEXÕES, DESLOCAMENTOS E POSSIBILIDADES DE ESCUTA E POSICIONAMENTO CLÍNICO¹

Iara Flor Richwin Ferreira²

1 INTRODUÇÃO

O conceito de redução de danos (RD) não apresenta sentidos unívocos e estanques, mas se inscreve em um campo polissêmico e não consensual, sendo sua própria definição um objeto de disputas e divergências (Fiore, 2006; Souza, 2007). O percurso histórico da RD no Brasil e sua atualização no campo de atenção e cuidado aos usuários de drogas também são marcados por uma multiplicidade de sentidos e por diferentes formas de abordagens, práticas, estratégias e estatutos (Andrade, 2011; Souza, 2007).

Diante desse panorama de múltiplos sentidos e diferentes possibilidades de interpretação, será apresentada brevemente a trajetória histórica traçada pela RD no Brasil, até sua consolidação atual como método clínico-político e paradigma orientador da atenção e do cuidado aos usuários de drogas. A partir dessa circunscrição histórica e conceitual, propõe-se uma reflexão sobre a clínica com usuários de drogas orientada pelo paradigma da RD, que comparece nas práticas e nas intervenções de diferentes equipamentos de saúde como uma “ética do cuidado” (Petuco, 2014; Silva, F., 2014), promovendo inflexões e deslocamentos com relação a abordagens clínicas fundamentadas no paradigma da abstinência e no modo asilar de atenção e cuidado em saúde mental.

2 A REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL: DA SUBSTITUIÇÃO DE SERINGAS E OUTRAS TROCAS PARA UMA ABORDAGEM CLÍNICO-POLÍTICA ORIENTADORA DA ATENÇÃO E DO CUIDADO AOS USUÁRIOS DE DROGAS

A primeira experiência brasileira de RD deu-se em 1989, na cidade de Santos, São Paulo, e consistiu principalmente em ações de troca de seringas para usuários de drogas injetáveis. Foi uma experiência inovadora e transgressora – profissionais envolvidos com essa experiência tiveram de enfrentar inquéritos policiais e ações judiciais (Andrade, 2011; Petuco, [s.d.]; Souza, 2013) – que, embora associada principalmente ao controle e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)/síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids), também começou a desencadear uma nova dinâmica de propostas de cuidado de si, fundamentadas no protagonismo de minorias marginalizadas, no estabelecimento de trocas afetivas e na construção de vínculos cooperativos (Souza, 2013).

A partir de 1994, por meio do Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids), com recursos e apoio financeiro da United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) e do Banco Mundial, as ações de redução de danos foram adotadas como uma estratégia oficial do Ministério da Saúde (MS)

1. Algumas formulações deste artigo são oriundas e adaptadas da tese de doutorado da autora, intitulada *Crack: substância, corpos, dispositivos e vulnerabilidade – a psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack*, realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB) em cotutela com a École Doctorale Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie, da Université Paris Diderot, sob orientação do professor doutor Luiz A. M. Celes (UnB) e da professora doutora Cristina Lindenmeyer (Paris 7).

2. Psicóloga pela UnB e mestre e doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da mesma instituição, em cotutela com a École Doctorale Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie, da Université Paris Diderot. Experiência e atuação clínicas no campo da atenção e do cuidado aos usuários de drogas, no sistema socioeducativo para adolescentes em conflito com a lei do Distrito Federal e em consultório particular.

para a prevenção e o controle de DST/Aids entre usuários de drogas injetáveis (Andrade, 2011; Souza, 2013). Como aponta Andrade (2011), a despeito de enfrentar grande resistência por parte de diferentes setores da sociedade, os Programas de Redução de Danos (PRDs) e de troca de seringas aos poucos se fortaleceram e se estabeleceram como importante estratégia de saúde. Entre 1995 e 2003, mais de duzentos PRDs foram abertos e os trabalhadores desse campo organizaram-se progressivamente em associações, como a Associação Brasileira de Redutores de Danos (Aborda), fundada em 1997, e a Rede Brasileira de Redução de Danos (Reduc), criada em 1998 (Andrade, 2011).

Como destacado por Souza (2013), consolidaram-se uma militância e uma rede em torno da RD, cujas estratégias, paulatinamente, foram deslocadas do foco da prevenção e assumiram objetivos mais amplos que o dispositivo da troca de seringas. E, mesmo se pensarmos na estratégia pontual da troca desse insumo, observa-se que se trocava muito mais do que seringas, ultrapassando sua dimensão material (Petuco, 2014; Souza, 2013). Tratavam-se, antes, de “trocas simbólicas... de seringas” (Bastos, 1998 *apud* Petuco, [s.d.]), trocas afetivas, trocas de “olhares, cuidados, informações, pedidos de encaminhamentos e demanda para tratamento da dependência química, entre outros” (Conte *et al.*, 2004, p. 76).

As ações de RD desse período promoveram resultados positivos com relação às práticas de consumo e comportamentos de risco entre usuários de drogas injetáveis (estudos multicêntricos revelaram aumento do uso de preservativos e redução do compartilhamento de seringas e da prevalência de HIV) e alcançaram reconhecimento internacional como importante estratégia do exitoso programa brasileiro de DST/Aids (Andrade, 2011). Contudo, como indicado por Souza (2013), o fortalecimento das redes e ações de RD deu-se sobre uma base de frágil sustentabilidade, pois elas eram vinculadas principalmente a organizações não governamentais (ONGs) e financiadas por organismos internacionais e por empréstimos do Banco Mundial.

Assim, muitos projetos de RD sofreram descontinuidade e diversas associações tiveram suas ações parcialmente suspensas em virtude das instabilidades das políticas de financiamento (Souza, 2013). Além disso, conforme Andrade (2011), a partir de 2003 houve uma transferência de responsabilidade sobre a disponibilização dos recursos para as ações de RD do governo federal para os estados e os municípios que, embora em princípio correta (dado que a competência para a execução das políticas de saúde é dos estados e dos municípios), foi tecnicamente inadequada, pois engendrou uma desarticulação e uma redução significativa do número de PRD no Brasil. Segundo Andrade (2011), dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) contabilizavam 279 PRDs em 2003. Em 2005, esse número caiu para 136 PRDs, que apresentavam grande fragilidade em seu funcionamento.

Paralelamente ao desmonte dos PRDs e a esses retrocessos observados no campo da redução de danos, então adstrita à prevenção de DST/HIV, a atenção e o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas passaram a ter maior espaço e relevância no âmbito das políticas de saúde mental (Brasil, 2002; Souza, 2013). A questão passou a ser apropriada pelo movimento da reforma psiquiátrica, que redirecionava a assistência em saúde mental no Brasil, e o MS publicou, em 2003, a Política do MS para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Essa política representou a extensão do modelo assistencial fundado no paradigma psicossocial e nos princípios do SUS e da luta antimanicomial também aos usuários de drogas (Silva, C., 2014) e estabeleceu a “lógica ampliada da redução de danos” como importante estratégia e paradigma orientador desse campo (Brasil, 2004).

Esse contexto de rearranjo constituiu um importante momento de inflexão para a RD no Brasil, que migrou do campo da prevenção e controle de DST/Aids para a pasta da saúde mental (Souza, 2013).

Dessa forma, embora a desarticulação e a redução dos PRDs tenham representado um grave retrocesso no que vinha sendo arduamente construído nesse campo (Andrade, 2011), observa-se que a Política do MS para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas propõe uma ampliação da RD no Brasil, conferindo-lhe o estatuto central de um paradigma e de um “método clínico-político” que se atualiza em diferentes dispositivos de atenção e cuidado, como os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (Caps AD). E, a partir da implementação da Rede da Atenção Psicossocial (Raps), em 2011, a RD passa a ser inserida também como importante diretriz orientadora para a articulação dos equipamentos dessa rede – Caps AD, equipes de saúde da família, hospitais gerais, consultórios de rua, entre outros – na atenção aos usuários de drogas (Souza, 2013).

Esse breve histórico mostra que, inicialmente marginal e centrada em uma prática de ações concretas de troca de seringas, ligadas principalmente à prevenção de DST/Aids entre usuários de drogas injetáveis, a RD estabeleceu-se paulatinamente como uma lógica ampliada de produção de saúde (Souza, 2007), como uma “abordagem clínico-política” (Brasil, 2004) que adquiriu o estatuto de discurso oficial da política sanitária sobre drogas (Rui, 2012) e que foi adotada como o paradigma orientador da atenção e do cuidado aos usuários de drogas no cenário nacional. Certamente, isso não significa que os princípios e as diferentes estratégias da RD sejam automaticamente incorporados nos modos de atenção, nas rotinas e nos processos de trabalho dos variados equipamentos de saúde nos quais ela deve atuar. Muitos são os desafios e as resistências que se interpõem nesse processo.

Contudo, a dimensão paradigmática da RD, ao colocar-se como alternativa ao modelo asilar, moral, criminal ou patológico de compreensão sobre o uso de drogas, promove deslocamentos importantes com relação a abordagens clínicas fundamentadas no paradigma da abstinência e na política proibicionista, e instaura novas possibilidades de atuação clínica e terapêutica – e também política (Souza, 2013) – no campo das drogas, como será desenvolvido a seguir.

3 REDUÇÃO DE DANOS COMO PARADIGMA E COMO ÉTICA DO CUIDADO: DESLOCAMENTOS E POSSIBILIDADES CLÍNICAS

Abordar a RD como paradigma e como “método clínico-político” (Brasil, 2004) que pode operar em diferentes equipamentos de saúde implica desarticulá-la da ideia de um conjunto de práticas e estratégias, de um guia preciso ou de um roteiro prescritivo e fechado (Petuco, 2014; Souza, 2013). A RD comparece, antes de tudo, como uma “ética do cuidado” (Petuco, 2014; Silva, F., 2014), que se faz presente nos direcionamentos clínicos e nas mais diversas intervenções. Nesse sentido, cabe apresentar os princípios fundamentais da RD para discutir as inflexões e as possibilidades que essa “ética do cuidado” promove nas abordagens, nos modos de escuta e nos posicionamento clínicos.

De saída, é importante ressaltar que a RD não se opõe à abstinência em si, mas à abstinência como direção exclusiva do tratamento e como única meta possível e desejável. E propõe, como direcionamentos clínicos centrais, a diminuição dos danos físicos, psíquicos e sociais decorrentes do uso de drogas, mas, principalmente, a defesa e a “ampliação da vida” (Lancetti, 2015); o aumento do grau de liberdade, autonomia e autorregulação dos sujeitos; a reconstrução da inserção social e o desenvolvimento da cidadania (Brasil, 2004). Como destacado por Conte *et al.* (2004, p. 76), o que se iniciou pela troca de seringas, mesmo quando essa ainda era a principal prática da RD, “tomou significações de laço social, de inclusão e de cidadania”.

A RD traz uma proposta de atenção e cuidado em que são fundamentais, de um lado, a implicação subjetiva e a corresponsabilidade do sujeito que busca o tratamento e, de outro,

a priorização do estabelecimento de vínculos significativos por parte dos profissionais, que também se tornam corresponsáveis pelos caminhos de cuidado a serem construídos (Brasil, 2004). Portanto, um importante direcionamento clínico da RD é a construção conjunta de estratégias terapêuticas que, como apontado por Malheiro e MacRae (2011), busca valorizar os próprios saberes e as experiências dos sujeitos que fazem uso de drogas e possibilitar que eles sejam cogestores (cogestão entendida como compartilhamento de poder) dos processos de produção de saúde. Trata-se de uma proposta coletiva e participativa de gestão, “um método coletivo de cuidado, uma clínica do coletivo” (Souza, 2007, p. 92).

Outros importantes princípios da RD são a facilitação do acesso e do acolhimento e a baixa exigência para inclusão, oferecendo aproximação e abertura e aumentando as possibilidades terapêuticas. Observa-se, assim, que a abordagem clínico-política da RD não se restringe a técnicas de mudanças comportamentais e à remoção dos hábitos de uso, mas visa promover a multiplicação das possibilidades de cuidado e tratamento – que devem ser singularizadas e coconstruídas horizontalmente –, estabelecer redes e agir no território de modo a aumentar a “superfície de contato” e os pontos de referência e suporte social para os usuários e seus familiares (Brasil, 2004).

Ao suspender a ideia da abstinência como objetivo exclusivo do tratamento, a RD suspende igualmente a homogeneização que ela implica e ressalta a importância do reconhecimento da singularidade de cada caso, das múltiplas possibilidades de vinculação com as drogas e do respeito às diferenças e escolhas individuais. No mesmo sentido, também é proposta a suspensão dos valores morais (Souza, 2013) e dos posicionamentos prescritivos (Petuco, 2014) e introduzida a aceitação de que algumas pessoas não podem, não querem ou não conseguem interromper o uso de drogas, sem que isso represente a impossibilidade de outros ganhos e processos terapêuticos. Nessa perspectiva, as práticas de saúde orientadas pela “ética do cuidado” da RD “devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento” (Brasil, 2014, p. 10).

Dessa forma, os princípios da RD possibilitam romper com o binarismo reducionista que impera no campo das drogas e ressituar as questões envolvidas para além da polaridade extremada entre abstinência e recaída, sucesso ou fracasso, tudo ou nada, lícito ou ilícito, certo ou errado, redenção ou derrelicção (Assoun, 2015; Souza, 2013). Promove-se, igualmente, um alargamento do escopo clínico e terapêutico para além da substância química, o que acomoda a compreensão sobre o uso de drogas como uma intrincada e complexa articulação entre uma subjetividade, um momento sociocultural e a própria substância, tal como proposto pela tríade de Olievenstein (1986). Possibilita-se, assim, a emergência da singularidade do sujeito, de sua história e trajetória de vida, de sua inscrição no laço e organização social, de seus modos de relacionar-se com o mundo e com os outros, de seus afetos, sonhos e desejos.

Nesse sentido, é possível afirmar que os princípios da RD, ao afastarem-se de uma abordagem individualizante, patológica e criminal, levam em consideração o fato de que o uso de drogas por um sujeito é plurideterminado e pleno de sentidos, e abrem a possibilidade de que estes sejam escutados e elaborados. O deslocamento para além da droga e, como destacado por Petuco (2014, p. 138), para além do sintoma, do pecado e do crime, “permite novas palavras, novos olhares, novas práticas”.

Como destacado por Souza (2013), há uma transversalidade entre a dimensão clínica e a dimensão política intrínseca à RD, na medida em que ela sofre intervenção direta do plano político e inclui como estratégia de intervenção clínica a problematização das relações de poder relacionadas ao uso de drogas. Nos princípios da RD está inscrita uma compreensão sobre o uso de drogas em que o

campo sociopolítico e cultural é considerado um elemento constitutivo e estruturante do fenômeno, e não um mero pano de fundo.

Essa transversalidade entre clínica e política carrega a potência de produzir uma “politização da escuta” e das estratégias terapêuticas, ensejando um posicionamento clínico que compreende o sujeito e seus processos subjetivos de forma estreitamente intrincada ao seu contexto histórico e cultural e às determinações e aos processos sociopolíticos. Evita-se, dessa forma, um posicionamento que consideraria a vinculação do sujeito com a droga de forma mutilada de sua dimensão sociopolítica e cultural e a patologização, a criminalização ou a individualização dos impasses dos sujeitos (Rosa, 2016).

Também relacionada à transversalidade entre clínica e política, destaca-se a potencialidade da RD de promover rupturas, resistências e subversões com relação às narrativas e aos discursos hegemônicos sobre as drogas que, construídos na lógica do proibicionismo e da guerra às drogas, são predominantemente excludentes, reducionistas, estigmatizantes e generalizantes, carregados de pressupostos morais e dominados por um tom bélico e alarmista. A rede discursiva dominante sobre as drogas – constituída por discursos midiáticos, médicos, jurídicos, científicos, religiosos e políticos – constrói e impõe uma verdade rígida e homogeneizada sobre os sujeitos, referencia sua pertença simbólica e captura-os em uma estreiteza e escassez de possibilidades identificatórias, representações, posicionamentos subjetivos e lugares no laço social (Rosa, 2016).

Dessa forma, os discursos hegemônicos sobre as drogas produzem uma série de figuras que se atualizam na cena social – o drogado, o delinquente, o noia, o cracudo, o zumbi, o adicto em recuperação –, obturam o lugar discursivo dos sujeitos, silenciando-os e fixando-os em posições marginalizadas (Rosa, 2016). Portanto, esses discursos não são sem efeitos sobre os sujeitos dos quais tratam, mas possuem um caráter constitutivo e promovem processos de subjetivação-dessubjetivação (Agamben, 2014; Foucault, 2016).

Nessa perspectiva, é possível afirmar que o paradigma da RD é contra-hegemônico. Ao descondicionar a abstinência do cuidado, propor a suspensão dos valores morais, alargar a mirada para além da droga, do sintoma, do pecado e do crime (Petuco, 2014; Silva, F., 2014) e priorizar a singularidade, bem como os saberes e as experiências dos próprios sujeitos, a RD propicia uma escuta e um posicionamento clínicos que criam condições de perturbar e romper com a consistência desses discursos dominantes. Promove-se, assim, uma ampliação radical das possibilidades de escuta e, portanto, uma abertura para o que pode ser dito e elaborado, que não é interpretado simplesmente como expressões patológicas ou deficitárias, mas acolhido como “signos de vida” dos sujeitos, modos singulares de habitar o corpo, as palavras e o mundo (Douville, 2012a; 2012b). A RD, como ética do cuidado, possibilita a emergência e o acolhimento dos discursos dissonantes e não autorizados (Petuco, 2014; Silva, F., 2014). Possibilita que os sujeitos atravessem a superfície discursiva dominante sobre as drogas (Lancetti, 2015), cavem brechas nas narrativas e interpretações hegemônicas, por onde se tenham diferenças e singularidades (Silva, F., 2014).

A ampliação das possibilidades de escuta – e de fala – promovida pela RD propicia outras condições de experiência com a linguagem, que constitui uma das mais caras ferramentas de uma clínica psicossocial. Neste ponto, faz-se oportuno mobilizar a noção de “vulnerabilidade linguística”³ proposta por Butler (2004) e destacar que a linguagem e as palavras possuem sobre os sujeitos, nos termos da autora, um poder constitutivo, uma agência e uma performatividade ambivalentes. A vulnerabilidade

3. As formulações apresentadas doravante sobre a linguagem e a “vulnerabilidade linguística” também foram desenvolvidas, a partir de outra perspectiva analítica, na tese de doutorado da autora e em artigo submetido ao *Periódico Psicologia USP*.

linguística designa essa condição de estarmos sujeitos, a um só tempo, tanto ao caráter terapêutico, fortalecedor e transformador da linguagem, quanto ao seu caráter ameaçador, violento e excludente.

Dessa forma, as condições ampliadas de encontro e escuta clínica propiciadas pelo paradigma da RD carregam a possibilidade de desarticular e liberar a linguagem dos discursos dominantes sobre as drogas, restituindo sua vitalidade e sua potencialidade transformadora e reduzindo sua força violenta. A linguagem é viva, afirma Butler (2004, p. 29, tradução nossa), “quando ela não busca encapsular ou capturar os acontecimentos e as vidas que ela descreve”. Quando ela busca efetuar essa captura, não apenas a linguagem perde sua vitalidade, mas adquire sua própria força violenta. Nesse sentido, os princípios da RD possibilitam a constituição de um espaço clínico no qual a linguagem comparece não em seu poder de restringir as possibilidades de identificação e existência, de rotular e negar os sujeitos, silenciá-los, fixá-los, hierarquizá-los e excluí-los, mas em sua potencialidade de resistência e subversão, de criação e transformação, de desconstrução de identificações cristalizadas e constituição de novas possibilidades identificatórias, de implicação e reposicionamento subjetivo e no laço social (Butler, 2004; Laufer, 2015; 2016).

Portanto, uma clínica fundamentada nos princípios da RD tem o potencial de engendrar uma vinculação terapêutica e uma experiência de linguagem que podem catalisar outra forma de acesso a si mesmo e a constituição de um espaço de ressonância interna que possibilitam um trabalho de elaboração, “metabolização” (Roussillon, 2005) e simbolização da história vivida, das experiências, das dificuldades, dos sofrimentos e da própria relação com a droga. A RD proporciona a oferta de uma “escuta de testemunho”, que possibilita que o estado interno e as experiências subjetivas sejam “testemunhados”, creditados e qualificados (Rosa, 2016; Roussillon, 2005). O clínico atesta o que se produz psiquicamente, nomeia-o e qualifica-o, rompendo o cerco de silêncio e possibilitando um trabalho de colocação em palavras e em narrativa (Roussillon, 2005). Ofertar a palavra e a escuta em uma relação de cuidado em que o clínico aceita fazer-se lugar de endereçamento pode reestabelecer as condições de simbolização e conflitualização psíquica, colocar em movimento as representações, os afetos e as identificações e engendrar ressignificações e novas possibilidades de existência e inscrição no laço social (Benhaïm, 2012).

É possível considerar que algumas abordagens de tratamento fundamentadas no paradigma da abstinência e no modelo moral e asilar também visam favorecer esse encontro dos usuários de drogas com as palavras e com a linguagem, como nas sociabilidades geradas em comunidades terapêuticas, as partilhas de experiências e a filosofia dos Alcoólicos Anônimos (AA) (Nogueira Filho, 1999). Contudo, por essa via, quando o sujeito encontra a palavra é sob a forma de um enunciado cristalizado nas fórmulas “sofro de uma doença incurável”, “sou e sempre serei toxicômano e darei passos predeterminados”, “sou impotente perante a droga e me submeto a um poder superior e aos cuidados de Deus”, “sou adicto em recuperação” (Nogueira Filho, 1999; Rosa, 2006). Tratam-se, portanto, de experiências de linguagem que se aproximam mais de uma captura e um encapsulamento por meio das palavras, de fixação das possibilidades de identificação e de existência, que contribuem com a constituição social daqueles a quem se endereçam (Butler, 2004) em posições rígidas e estigmatizadas.

Por fim, o paradigma da RD pode se concretizar de múltiplas formas nos diferentes serviços de saúde. Por exemplo, em um Caps AD, essa “ética do cuidado” tem o potencial de atravessar todo o trabalho dessa instituição, desde o acolhimento incondicional, a recepção e o cuidado de um usuário que comparece intoxicado à instituição, a busca ativa de outro que há muito não aparece, até a possibilidade de pensar na internação como uma das estratégias disponíveis, que pode ser acionada

como último recurso de cuidado (Souza, 2013). A RD manifesta-se na disponibilização, por meio de diferentes dispositivos – atendimentos individuais, grupos psicoterapêuticos, oficinas, assembleias –, de um campo de criação permanente do coletivo e de novas sociabilidades, em um contexto não submetido à moral (Lancetti, 2015) – pelo menos não completamente – que se constitua como espaço de pertencimento e de novas possibilidades de laços e vivências com o outro. Um espaço que oferta a escuta e a palavra, a possibilidade de compartilhamento das experiências e de seu amparo pelo grupo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A breve recuperação do percurso histórico e conceitual da RD no Brasil revela que, paulatinamente, ela se distanciou de um conjunto de práticas e estratégias ligadas principalmente à prevenção da DST/Aids e instituiu-se como um método clínico-político e como o paradigma da atenção e do cuidado aos usuários de drogas. Seu campo de intervenção expandiu-se da prática dos redutores de danos nos territórios para os mais diversos equipamentos de saúde, em que ela comparece como uma ética do cuidado. Essa trajetória histórica da RD consolidou um novo modo de fazer clínica e política no campo das drogas (Souza, 2013), e seus princípios promovem uma série de inflexões e deslocamentos com relação a abordagens clínicas fundamentadas na abstinência, no modelo moral/criminal/patológico e asilar de compreensão e atenção aos usuários de drogas.

Resumidamente, é possível afirmar que a RD promove uma ampliação radical na clínica com usuários de drogas. Amplia-se o acesso, o acolhimento e a população assistida (Petuco, 2014). Também são ampliados os territórios, as redes de cuidado e o compartilhamento do poder, do saber e da responsabilidade na construção e na gestão dos processos terapêuticos. A mirada clínica é alargada para além do uso de drogas (Silva, F., 2014), e a própria compreensão sobre esse fenômeno é expandida, passando a comportar tanto a sua concepção como algo intrinsecamente enodado ao contexto e aos processos culturais e sociopolíticos, quanto a singularidade dos sujeitos. Amplia-se, igualmente, a transversalidade e a imiscuição entre clínica e política. Alarga-se o espectro compreensivo de possibilidades de vinculação com as drogas e de destinos existenciais para além de polaridades extremadas. O direcionamento, os objetivos e o repertório clínicos também são expandidos, e as modalidades de tratamento são multiplicadas (Petuco, 2014). Por fim, há uma ampliação importante da vinculação terapêutica, da escuta clínica e das possibilidades de expressão e elaboração.

Para encerrar, vale ressaltar que essa abordagem clínico-política consolida-se nas experiências concretas de atenção e cuidado dos diferentes serviços de saúde não sem desafios, dificuldades, resistências e contradições. E, em sua concretização, ela pode tomar diferentes contornos, de acordo com as singularidades de cada instituição, equipes, territórios e usuários.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. **Qu'est-ce qu'un dispositif?** Paris: Éditions Payot & Rivages, 2014.
- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.
- ASSOUN, P. L. *Psychanalyse et addiction*. In: TOUBIANA, É-P. (Org.). **Addictologie clinique**. Paris: Presse Universitaire de France, 2015.

- BENHAÏM, M. Vivre est plus difficile que survivre? *In*: DOUVILLE, O. (Org.). **Clinique psychanalytique de l'exclusion**. Paris: Dunod, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: MS, 2002.
- _____. _____. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: MS, 2004.
- BUTLER, J. **Le pouvoir des mots**: discours de haine et politique du performatif. Paris: Éditions Amsterdam, 2004.
- CONTE, M. *et al.* Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 59-77, 2004.
- DOUVILLE, O. Introduction: le clinicien face à la précarisation de l'existence. *In*: DOUVILLE, O. (Org.). **Clinique psychanalytique de l'exclusion**. Paris: Dunod, 2012a.
- _____. Grandes exclusions et corps extrêmes: de la fabrique du paria. *In*: DOUVILLE, O. (Org.). **Clinique psychanalytique de l'exclusion**. Paris: Dunod, 2012b.
- FIORE, M. **Uso de "drogas"**: controvérsias médicas e debate público. Campinas: Mercado de Letras, 2006.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.
- LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec Editora, 2015.
- LAUFER, L. Éclats de mots: pouvoirs de la parole et vulnérabilité. **Cahiers du Genre**, v. 1, n. 58, p. 163-180, 2015.
- _____. Quand dire, c'est exclure. **Cliniques Méditerranéennes**, v. 2, n. 94, p. 21-36, 2016.
- MALHEIRO, L.; MACRAE, E. Trabalho de campo e construção de políticas para usuários de drogas: a questão dos usos de crack na atualidade – um olhar sobre usuários e usuárias. *In*: MORAES, M.; CASTRO, R.; PETUCO, D. (Orgs.). **Gênero e drogas**: contribuições para uma atenção integral à saúde. Recife: Instituto Papai, 2011.
- NOGUEIRA FILHO, D. M. **Toxicomanias**. São Paulo: Escuta, 1999.
- OLIEVENSTEIN, C. **La vida del toxicômano**. Madrid: Editorial Fundamentos, 1986.
- PETUCO, D. R. S. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. *In*: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Orgs.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- _____. **Redução de danos**: outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. Santa Catarina: UFSC, [s.d.]. Disponível em: <<https://goo.gl/Y26pSA>>. Acesso em: 19 nov. 2018.
- ROSA, M. D. Gozo e política na psicanálise: a toxicomania como emblemática dos impasses do sujeito contemporâneo. *In*: RUDGE, A. M. (Org.). **Traumas**. São Paulo: Pulsional, 2006.
- _____. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. São Paulo: Fapesp, 2016.
- ROUSSILLON, R. Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. *In*: FURTOS, J. *et al.* (Orgs.). **La santé mentale em actes**. Toulouse: Éditions Érès, 2005.

RUI, T. **Corpos abjetos**: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. 2012. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/cCKqUY>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

SILVA, C. C. R. Da punição ao tratamento: rupturas e continuidades na abordagem do uso de drogas. *In*: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Orgs.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

SILVA, F. F. L. Afirmar a clínica com pessoas que usam drogas desde um lugar de resistência. *In*: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Orgs.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

SOUZA, T. P. **Redução de danos no Brasil**: a clínica e a política em movimento. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<https://goo.gl/tWR6Uc>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

_____. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). 2013. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/xAP5Sc>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

