

“No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área

“On paper it is nice, but in practice...” Analyzing the care network for drug users in policies and normative instruments of the area

Pedro Henrique Antunes da Costa

Universidade Federal de Juiz de Fora. Departamento de Psicologia. Juiz de Fora, MG, Brasil.
E-mail: phantunes.costa@gmail.com

Telmo Mota Ronzani

Universidade Federal de Juiz de Fora. Departamento de Psicologia. Juiz de Fora, MG, Brasil.
E-mail: tm.ronzani@gmail.com

Fernando Antonio Basile Colugnati

Universidade Federal de Juiz de Fora Faculdade de Medicina. Juiz de Fora, MG, Brasil
E-mail: fcolugnati@gmail.com

Resumo

Este estudo objetivou compreender como as redes de atenção aos usuários de drogas são apresentadas nas atuais políticas brasileiras sobre o tema. Trata-se de uma pesquisa documental com abordagem qualitativa, tendo sido os resultados agrupados em três categorias: caracterizações gerais sobre as redes de atenção aos usuários de drogas; componentes da rede; e modelo de atenção. De maneira geral, os documentos analisados expressam que as redes devem ser constituídas por diferentes níveis e dispositivos, diversificando as estratégias e modalidades de cuidado, e buscando o estabelecimento da integralidade de acordo com as características socioculturais e dos sujeitos. Contudo, contradições foram constatadas no que se refere aos modelos assistenciais, intersetorialidade, relação entre Estado, terceiro setor e iniciativa privada, e concepção sobre determinados dispositivos. Neste sentido, há que se pensar em empregar tais documentos de maneira crítica com o intuito de absorver as dificuldades ainda existentes para sua efetiva concretização, o que significa um constante exercício de ação e reflexão, repensando, inclusive, as inter-relações entre papel e prática.

Palavras-chave: Atenção à Saúde; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Saúde Mental; Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias; Políticas Públicas.

Correspondência

Pedro Henrique Antunes da Costa
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Universitário,
Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Psicologia.
Rua José Lourenço Kelmer, s/n. Juiz de Fora, MG, Brasil. CEP 36036-900.

Abstract

This study aimed to understand how care networks for drug users are presented in current Brazilian drug policies. It is a documentary research with qualitative approach, and the results were grouped into three categories: general characterization of care network for drug users; network components; and care model. In general, the analyzed documents express that the networks must be constituted by different levels and devices, diversifying strategies and modalities of care and seeking the establishment of integrality, according to sociocultural and people's characteristics. However, contradictions were observed regarding care models, connection between different sectors, relationship between State, third sector and private initiatives, and conceptions about certain services. In this sense, it is necessary to think of using such documents in a critical way with the purpose of absorbing difficulties that still exist for their effective realization, which means a constant exercise of action and reflection, even rethinking the interrelationships between paper and practice.

Keywords: Health Care (Public Health); Substance-Related Disorders; Mental Health, Substance Abuse Treatment Centers; Public Policies.

Introdução

“No papel é bonito, mas na prática...”. Pensamento e fala constantes acerca das políticas públicas e legislações do Brasil, especialmente sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse discurso, com ressonância entre profissionais (Coelho et al., 2015; Oliveira et al., 2007) e usuários do SUS (Backes et al., 2009), reflete no imaginário social, ao mesmo tempo em que é reforçado pelos problemas estruturais e cenários de insuficiência.

É sabido que o processo de implementação das políticas e aparatos normativo-legais não é linear, mas um jogo dinâmico, contínuo e, em grande parte, conflitivo, que envolve uma pluralidade de atores, contextos, concepções e interesses, perpassada por questões que se encontram além da própria natureza destes mecanismos (Silva; Mello, 2000; Behring; Boschetti, 2011). Além disso, as políticas também irão variar em termos de suas naturezas e finalidades, e de acordo com as concepções que as embasam, podendo ser analisadas de variadas formas, com pluralidade não só metodológica, mas também teórica. Essa heterogenia indica que se tratam de mecanismos dinâmicos, mas que possuem como elemento nuclear a necessidade de ação estatal dentro de uma conformação com o sistema capitalista sobre as necessidades sociais básicas da população, garantindo níveis mínimos de vida às pessoas (Behring; Boschetti, 2011).

Nesse sentido, perspectivas como as representadas pelo mote do trabalho, que fragmentam ideal e real, prescrito e concreto, não contribuem para leituras contextualizadas ao desconectar as políticas e os instrumentos normativos das práticas, tratando-os de maneira estática e naturalizada. Se há uma disparidade entre o prescrito e o real, faz-se necessários exercícios de problematização acerca do processo de construção de tais políticas e normativas, a fim de não adotarmos leituras idealizadas e/ou acabadas acerca de tais documentos. Ou seja, é preciso que as análises possam romper com perspectivas a-históricas e acríticas sobre estes elementos, compreendendo as contradições que os perpassam.

Referente à temática do uso de drogas, tal cenário se torna complexo. O uso abusivo dessas substâncias caracteriza-se como problema de saúde pública

e social no mundo. No ano de 2014, estima-se que 207.400 pessoas tiveram mortes relacionadas a narcóticos. Apesar de 29 milhões de pessoas sofrerem algum tipo de transtorno relacionado ao uso abusivo, apenas uma em cada seis encontra-se em tratamento (United Nations Office on Drugs and Crime, 2016). Atrélada a isso está a própria amplitude da temática, vinculada ao contexto social, econômico e político, fazendo com que existam diferentes concepções e valorações sobre o tema (Costa; Paiva, 2016) e distintas formas em que a temática se materializa nas políticas e ações na área.

Como exemplo, no Brasil, a abordagem sobre o tema, após um longo período de negligência estatal, é iniciada somente na década de 1920, a partir da criação de um aparato jurídico-institucional voltado para a proibição da produção, comércio e uso de drogas. Influenciada por convenções, tratados internacionais e questões geopolíticas, essa postura proibicionista se fortalece no decorrer do século XX. Somente a partir da década de 1970 que a discussão sobre os cuidados ganha relevo, inicialmente a partir do saber médico (psiquiatria) que vem a reforçar a exclusão dos usuários de drogas, criminosos e/ou doentes (Machado; Miranda, 2007; Alves, 2009; Bastos, 2015).

Por conta dessas perspectivas criminalizatórias e/ou patologizantes, conforma-se um cenário de lacuna assistencial às pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, em que ganham força dispositivos de natureza não governamental, como Comunidades Terapêuticas (CT), grupos de ajuda mútua etc., que agregam visões moralizantes pautadas na imperiosidade da abstinência e, em grande parte, fundamentadas em pressupostos religiosos (Machado; Miranda, 2007; Alves, 2009).

Apenas no final da década de 1980 que o discurso de saúde adentra de forma mais efusiva nas pautas e movimentos da área, em decorrência das mudanças no próprio cenário brasileiro, como a emergência do Estado democrático, a instituição do SUS, as contribuições das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e a inserção da redução de danos. Por fim, todo este processo culminaria na constituição de políticas específicas para a área no início dos anos 2000, agregando variadas racionalidades (por exemplo, de saúde e segurança pública) na tentativa

de superação da lacuna assistencial conformada ao longo dos anos.

Atualmente, os principais instrumentos político-legais da área são: a Política de Atenção Integral aos Usuários de Drogas (Paiud) do Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2003); a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) (Brasil, 2008); a Lei nº 11.343 (Brasil, 2006); a Portaria nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) para pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de drogas no SUS (Brasil, 2011).

É nesse cenário que surgem as redes de atenção aos usuários de drogas como formas de estruturação da oferta assistencial às pessoas com necessidades derivadas do uso de entorpecentes. Contudo, estas têm sido cada vez mais vistas de forma reificada, como panaceias sobre o cuidado aos usuários de drogas e, em alguns momentos, com leituras idealizadas, romantizadas (Costa et al., 2013; 2015a). Considerando o próprio percurso sócio-histórico apresentado, atrelado às variantes econômicas, políticas e valorativas da sociedade sobre o tema, que influenciam a formulação das políticas e instrumentos normativos na área, a seguinte pergunta torna-se pertinente: seriam esses instrumentos político-legais e as redes de atenção dimensões dicotômicas e produtos prontos, acabados?

Considerando o exposto anteriormente, este estudo objetivou compreender como as redes de atenção aos usuários de drogas são apresentadas nas atuais políticas brasileiras sobre o tema, identificando e analisando as concepções envolvidas, características fundamentais, bem como algumas de suas potencialidades e contradições.

Método

Trata-se de uma pesquisa documental com abordagem qualitativa (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009). Os documentos analisados foram as principais políticas e mecanismos normativos e reguladores sobre drogas: Paiud, PNAD, Lei nº 11.343 e Portaria nº 3.088 da Raps. Por mais que somente as duas primeiras sejam denominadas políticas, as outras foram incorporadas por conta de sua natureza, uma vez que também orientam as ações na área, e

por versar sobre a organização de redes de atenção no cuidado aos usuários de drogas.

Apesar de uma análise integrativa, cada documento é abordado a partir de sua natureza e finalidade. Sendo assim, as políticas (PNAD e Paiud) trazem o marco teórico-conceitual e a racionalidade sobre o tema, servindo como embasamento e horizonte para as ações, a fim de contemplar as necessidades populacionais existentes. Já a Lei nº 11.343 define regras e, segundo a própria, prescreve “medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas” (Brasil, 2006). A Portaria nº 3.088 é analisada a partir de sua função instrucional e normativa, direcionando as formas de organização e de ação concretas.

O procedimento analítico se deu por meio da análise de conteúdo do tipo temática (Bardin, 2009). Na pré-análise, ocorreu a organização e familiarização do material a partir de leitura flutuante. Na fase exploratória, foi procedida a definição das unidades de análise (os temas) e o processo de categorização

da seguinte forma: verticalmente, com a extração de categorias em cada documento separadamente considerando seus níveis semânticos; e horizontalmente, com refinamento das categorias iniciais e transposição para todos os documentos. Por fim, foram realizados os procedimentos de síntese e expansão dos significados das categorias e sua interpretação a partir dos objetivos e referenciais teóricos da pesquisa, transformando dados soltos em resultados brutos (Bardin, 2009). O software Atlas.ti, versão 7.5, foi utilizado para organização do material e suporte ao processo analítico.

Resultados e discussão

A partir da análise de conteúdo, foram extraídas três principais categorias, sendo elas: caracterizações gerais sobre as redes de atenção aos usuários de drogas; componentes da rede; modelo de atenção. A Tabela 1 apresenta essas categorias e suas subcategorias.

Tabela 1 – Categorias e subcategorias a partir da Análise de Conteúdo

Categorias	Subcategorias
Concepções sobre as redes de atenção aos usuários de drogas	<ol style="list-style-type: none"> 1) Terminologias. 2) Descrições da rede de atenção aos usuários de drogas.
Componentes da Rede	<ol style="list-style-type: none"> 1) Níveis e dispositivos de atenção. 2) Rede de saúde. 3) Rede de saúde mental. 4) Caps AD como organizador da rede. 5) Assistência social. 6) Outros setores. 7) Instituições privadas. 8) Terceiro setor.
Modelo de Atenção	<ol style="list-style-type: none"> 1) Estratégias de cuidado e modalidades de tratamento. 2) <i>Continuum</i> de cuidado. 3) Modelo psicossocial. 4) Lógica territorial comunitária. 5) Direitos humanos. 6) Redes sociais. 7) Redução de danos. 8) Integralidade. 9) Intersetorialidade. 10) Interdisciplinaridade. 11) Peculiaridades socioculturais. 12) Projeto terapêutico singular. 13) Fluxos assistenciais.

O que são as redes de atenção aos usuários de drogas?

Caracterizações gerais

Inicialmente, para compreender o que seriam as redes de atenção aos usuários de drogas, buscou-se nos materiais trechos mencionando estes arranjos. Em alguns fragmentos são encontradas breves descrições sobre as redes, com variadas terminologias, como: “redes de atenção”, “redes assistenciais”, “redes de cuidados” ou apenas “redes”. Especificamente na PNAD, as descrições do que seriam as redes de atenção são encontradas em dois principais momentos, sendo o primeiro:

Rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento (Brasil, 2005).

Posteriormente, novos elementos são incorporados a essa descrição, com menção ao SUS e ao Sistema Único de Assistência Social (Suas) como integrantes desta rede, juntamente com alguns dispositivos da saúde, sendo eles:

Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas (Brasil, 2005).

Na Paiud, a descrição da rede é mais aprofundada, abordando, mesmo que sinteticamente, outros aspectos como sua ênfase, alguns de seus pressupostos, seu modelo de atenção e direcionamentos à atuação dos dispositivos, não se limitando aos componentes da rede. O trecho a seguir serve como ilustração:

rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais,

que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2003, p. 6).

A partir das descrições apresentadas, alguns pontos podem ser destacados. O primeiro diz respeito a possíveis polarizações e contradições causadas pelas diferenças entre PNAD e Paiud, em detrimento de suas complementariedades. O segundo está relacionado à redução da rede na PNAD aos seus componentes, como se este arranjo fosse caracterizado apenas por um conjunto de setores e serviços. Tal constatação se mostra consonante com os achados de Costa et al. (2015a), que, em revisão da literatura acerca do tema, constataram ênfase nos componentes estruturais, desconsiderando aspectos processuais e relacionais. Em estudo com profissionais do SUS e Suas, Costa et al. (2013) observaram naturalização e idealização da perspectiva do trabalho em rede na área, sem maiores reflexões e aprofundamentos sobre seus preceitos. Sendo assim, questiona-se se estes resultados, tanto no âmbito acadêmico quanto na prática, não seriam influenciados pelas políticas, isto é, se não seriam coerentes com as concepções presente na própria legislação.

Referente à Lei nº 11.343, a descrição presente no artigo 23, apesar de genérica em primeiro momento - “as redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas” (Brasil, 2006) - apresenta uma vinculação à Paiud quando diz que deve se orientar pelas diretrizes do MS. Ademais, assinala

como princípios norteadores: respeito aos direitos humanos; abordagens diferenciadas de acordo com as particularidades individuais e socioculturais; definição do Projeto Terapêutico Singular (PTS); atenção por equipes multidisciplinares; e alinhamento às diretrizes de órgãos de controle e participação social (Brasil, 2006).

Já a Portaria nº 3.088, como mencionado, enfatiza a Raps, a partir da necessidade de uma “rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas” (Brasil, 2011). Ao longo de seu conteúdo, procura explicitar não só os níveis de atenção e dispositivos do SUS que fazem parte da Raps, mas também apresenta seus princípios, o modelo de atenção, bem como alguns direcionamentos para a operacionalização da rede.

Em suma, na tentativa de integração das caracterizações apresentadas anteriormente, chegou-se à seguinte conceituação da rede de atenção aos usuários de drogas: uma rede de atenção integral, intersetorial, com variados níveis, modalidades de atenção e dispositivos (públicos, privados e não governamentais sem fins lucrativos, atores comunitários, usuários, familiares etc.), que busca prover um cuidado continuado (promoção de saúde, prevenção, tratamento e reinserção social) de inclinação comunitária, territorial, embasada na Reforma Psiquiátrica (RP) e lógica da redução de danos, de modo a abranger as necessidades das pessoas e particularidades socioculturais.

Componentes da rede

Conforme conceituação acima, os materiais analisados descrevem a rede constituída pela articulação entre diferentes níveis e dispositivos de atenção, de acordo com as características das pessoas e contextos de inserção. Segundo a Raps, existem sete níveis assistenciais, compostos por variados serviços, sendo eles da saúde mental e/ou voltados para pessoas que usam drogas

especificamente, mas também de saúde em geral, conforme a Tabela 2.

O principal dispositivo da rede de atenção aos usuários de drogas é o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (Caps AD). De acordo com a Paiuad, além de prestar atenção especializada a pessoas que usam drogas, também é o responsável por organizar a rede, gerenciar o fluxo de usuários e prestar apoio matricial para serviços não especializados. Para isso, deve atuar de forma articulada com outros dispositivos assistenciais e níveis de atenção da Raps, de acordo com as necessidades da população. Apesar de sua importância, é questionada essa centralidade de organização da rede nos Caps AD, ao se encontrar em número insuficiente no país, apesar da sua expansão nos últimos anos (Brasil, 2012)¹ perpassados por insuficiências estruturais, nos processos de trabalho etc. (Costa et al., 2013; 2015b; Moraes, 2008; Ribeiro, 2016).

Assim, é necessário empregar exercícios analíticos constantes sobre o Caps AD, refletindo sobre sua proposta, que, como apontam Costa et al. (2015a) pode se tratar de uma transposição de modelos descontextualizados da saúde mental para a área de drogas, assim como seu papel na rede, para que sejam potencializados e não deslegitimados. A Raps aponta que a ordenação do cuidado na rede também pode ser feita pela atenção básica (Costa, 2013), contudo, conforme discute Andrade (2011), este nível de atenção também precisa ser fortalecido em termos de financiamento, infraestrutura, formação profissional, entre outros, para que consiga cumprir seu papel, impactando positivamente na rede e, inclusive, nos Caps AD.

Não obstante, devido à complexidade do assunto e suas determinações sociais, os materiais apontam a imprescindibilidade de se considerar o Suas na abordagem à temática do uso de drogas, entendendo-a inserida dentro de um contexto social amplo. Apesar disso, em nenhum dos materiais, os dispositivos do Suas, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [20--?]. Disponível em: <<https://goo.gl/qFv1EA>>. Acesso em: 15 jul. 2016

da Assistência Social (CREAS), Centros de Referência Especializados para a População em Situação de Rua (Centro POP), entre outros, são mencionados. Instituições da assistência social são referidas genericamente na lei, mas em termos de comunicação das ações e de financiamento público. A Política Nacional de Assistência Social é citada protocolarmente na PNAD e na Lei nº 11.343, bem como o Suas aparece somente na descrição da PNAD sobre a rede. Outros setores e âmbitos citados foram educação, cultura, esporte, lazer, especialmente na articulação do cuidado com ações promotoras de saúde, cidadania, autonomia e prevenção.

Por mais que existam arranjos dentro do SUS, como a Raps, a própria complexidade da temática faz com que seja necessária a compreensão e abordagem dos determinantes sociais relacionados, por meio de um cuidado contínuo e integral, que engloba promoção de saúde, prevenção, diferentes modalidades de tratamento e inserção social (Andrade, 2011). Para isso, diversos serviços, níveis de atenção e múltiplos setores devem estar envolvidos e articulados, construindo uma rede que potencialize o uso dos seus recursos à medida em que se encontram estruturados (Rush, 2010; Babor, 2010).

Tabela 2 – Níveis de atenção e serviços postulados pela RAPS

Níveis de Atenção	Serviços
1) Atenção básica	<ul style="list-style-type: none"> – Unidade Básica de Saúde (UBS): promoção de saúde, prevenção e cuidado em nível territorial para pessoas com transtornos mentais e que usam drogas. – Estratégia de Saúde da Família (ESF): promoção de saúde, prevenção e cuidado em nível territorial para pessoas com transtornos mentais e que usam drogas. – Consultório na Rua (CR): atuação itinerante que oferta ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua. – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): apoio e cuidado compartilhado com UBS e equipes de ESF. – Centro de Convivência (CC): socialização e produção cultural para pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas.
2) Atenção psicossocial especializada	<ul style="list-style-type: none"> – Centros de Atenção Psicossocial (Caps), dos tipos I, II e III (com os CAPS III possuindo leitos e funcionamento 24h todos os dias). – Caps Álcool e Drogas (Caps AD) e Caps ADIII (com leitos e funcionamento 24h todos os dias). – Caps infantil (Caps i).
3) Atenção de urgência e emergência	<ul style="list-style-type: none"> – Serviço de Atendimento Móvel à Urgência (Samu). – Sala de Estabilização. – Unidade de Pronto Atendimento (UPA). – Hospitais de Pronto-Socorro (HPS). – Caps AD.
4) Atenção de caráter residencial transitório	<ul style="list-style-type: none"> – Unidade de acolhimento Adulto (UAA): acompanhamento terapêutico e protetivo transitório para pessoas maiores de 18 anos que usam drogas e tenham acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar. – Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil (UAI): para adolescentes e jovens (12 a 18 anos). – Comunidade Terapêutica (CT): serviço não estatal com tratamento asilar para pessoas usuárias de drogas com necessidades clínicas estáveis (tempo máximo de nove meses).
5) Atenção hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> – Enfermarias e leitos para desintoxicação de curta ou curtíssima permanência em hospitais gerais.
6) Estratégias de desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> – Serviços residenciais terapêuticos: moradias para pessoas egressas de Hospitais Psiquiátricos com acentuada vulnerabilidade social.
7) Reabilitação psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> – Iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Na tentativa de aumentar a capilaridade da rede, a PNAD e a Lei nº 11.343 consideram a necessidade de parceria entre o setor público e o terceiro setor, abarcando tanto os dispositivos governamentais quanto instituições privadas e organizações não governamentais. É sabido que, por conta do próprio histórico de negligência estatal sobre o tema, instituições não governamentais, geralmente de cunho filantrópico e/ou religioso, permearam o terreno assistencial no país (Machado; Miranda, 2007; Alves, 2009). O próprio SUS pressupõe a complementariedade por instituições privadas, não governamentais e o terceiro setor. No entanto, em consonância com Costa et al. (2015a) e Lima et al. (2015), o que se questiona é o processo de desresponsabilização do Estado e consequente responsabilização da sociedade civil, passando por procedimentos de mercantilização dos direitos e serviços e a privatização do próprio SUS, quando se fomenta a inserção de dispositivos privados e/ou não governamentais nas políticas públicas, tendo, inclusive, como orientação geral (a primeira, por sinal) da PNAD que deve “estimular, garantir e promover ações para que a sociedade [...] possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social” (Brasil, 2008). Cabe ressaltar que essa tendência expressa nos documentos analisados tem sido predominante na América Latina a partir dos anos 1970/1980 no que se refere às políticas sociais - incluindo a temática do uso de drogas - em razão da lógica neoliberal que orienta a concepção sobre o Estado e as ações estatais (Behring; Boschetti, 2011).

Portanto, a ideia que essa perspectiva passa, ainda mais considerando o processo sócio-histórico supracitado, é a do enfraquecimento das próprias estratégias públicas e do papel do Estado nessa conjuntura. Relega-se à iniciativa privada a premência de atuação na área, entendendo o Estado - quando necessário - como mero financiador/investidor. Ademais, existe uma série de indefinições sobre a natureza e origem dos dispositivos não governamentais dentro destes mecanismos, sobretudo das comunidades terapêuticas, como, por exemplo, se são serviços do SUS ou do Suas.

Modelo de Atenção

Modelos de atenção à saúde são construções teóricas e lógicas que devem subsidiar as práticas de saúde ofertadas pelos serviços e profissionais, assim como o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Mendes, 2010). Portanto, devem servir de embasamento para que serviços e ações, de forma articulada, compreendam as condições de saúde e vida das pessoas e formulem propostas contextualizadas.

Em consonância com essa concepção, os materiais analisados apontam que as redes devem considerar uma diversificação de estratégias de cuidado e modalidades de tratamento, assegurando o estabelecimento de um cuidado contínuo e integral, em detrimento de ações fragmentadas e pontuais. Esta amplitude de tipologias deve, inclusive, ir além da droga/substância com foco na patologia, mas considerar o cuidado como processo que fomente a autonomia e cidadania.

Partindo destes princípios, o modelo de atenção apregoado no material, especialmente na Paiuad e PNAD, é o psicossocial, mas sem desconsiderar os aspectos físicos/biológicos, como fica claro na Raps quando determina a constituição de equipes multiprofissionais e seus níveis de cuidado. Os preceitos da RP e seus avanços na saúde mental são tomados como parâmetros, colocando a necessidade de que esses modelos fomentem propostas contextualizadas e territoriais, em direção à comunidade, assegurando direitos humanos. Para isso, é peremptório considerar o território para além de um mero espaço geográfico, mas como componente da rede, a partir de uma dinâmica viva, formada por pessoas, suas relações, afetos etc., o que, em última instância, significa olhar para os sujeitos, seus contextos de vida, redes sociais, entre outros fatores importantes em sua constituição (Amarante, 2015).

Nesse sentido, a redução de danos surge nos documentos como concepção balizadora, sendo permeada por duas visões: a primeira, que a concebe como racionalidade que fundamenta as ações de cuidado na rede; e a outra, relacionada a elementos procedimentais, instrumentais, como parte integrante do cuidado ou modalidade de tratamento.

Os trechos a seguir, extraídos da PNAD, explicitam a segunda concepção: “diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos dependentes químicos e familiares”; “promover e implementar a integração das ações de redução de danos com outros programas de saúde pública” (Brasil, 2008). Por mais que se entendam as várias utilizações do termo redução de danos, é necessário clarificar que, apesar de existirem ações que visem reduzir os danos, este é um conceito ampliado que deve ser entendido além dos aspectos tecnicistas, mas como lógica, paradigma de compreensão do uso de drogas e, que, portanto, deve servir como embasamento e horizonte ético-político para as ações (Petuco, 2014). Dessa forma, fica o desafio conceitual acerca da redução de danos para a PNAD e Paiuad, que, apesar de marcos orientadores, ao possuir tais incompreensões ou visões restritivas, podem contribuir para a reverberação destes problemas nas redes e práticas.

Dois outros conceitos fundamentais apresentados para a estruturação da rede de atenção aos usuários de drogas são o de integralidade e intersectorialidade. Ambos aparecem inter-relacionados e trazem consigo a necessidade de trabalho interdisciplinar. Ou seja, para garantir a integralidade do cuidado é indispensável uma lógica intersectorial e interdisciplinar, ao mesmo tempo, em que se questiona se é possível existir âmbito intersectorial sem integralidade do cuidado e interdisciplinaridade. Especificamente sobre intersectorialidade, a Política de Assistência Social e o Suas são apontados como *loci* privilegiados de atenção, devendo ser considerados para maior amplitude de ações na área. Outros setores e esferas são mencionados, principalmente na potencialização do cuidado continuado.

Inserido neste contexto, o PTS é apresentado pela Paiuad, Raps e Lei nº 11.343 como arranjo central na abrangência às necessidades socioculturais e particularidades dos usuários. Entretanto, é indagada a sua viabilidade sem uma confluência com a regulação e organização das demandas e fluxos de cuidado. A Raps traz em seu conteúdo a necessidade de constituição de fluxos assistenciais, a partir de único apontamento genérico, fazendo

com que seja questionada a possibilidade de existência de redes de atenção sem a conformação de fluxos e linhas guia de cuidado, como pressupõem as próprias RAS (Mendes, 2010). Como exemplo, está o estudo de Cortes et al. (2014) com profissionais da ESF, em que os autores atribuem a desarticulação da rede à falta de um fluxograma que organizasse e articulasse o trabalho dos serviços.

Cabe, então, pensar em uma relação complementar entre ambos, considerando os seguintes desafios: de construção de fluxos de cuidado que considerem não somente os diferentes tipos e níveis de uso, mas que também abram espaço para a consideração dos determinantes sociais, redes sociais e peculiaridades socioculturais; e de se pensar o PTS a partir dessas linhas de cuidado pré-estabelecidas, mas que sejam ajustáveis, não sendo utilizadas como receituários rígidos, desconsiderando os usuários. Afinal, sem a implementação de fluxos, a tendência é que os vínculos entre serviços para o cuidado compartilhado e trabalho em rede sejam personalizados ou feitos de forma superficial. Como consequência, encontra-se um cenário de individualização da temática e desconsideração das questões socioculturais, com fomento ao encaminhamento (Varela et al., 2016), em grande parte como transferência de responsabilidades (Costa et al., 2013; Cortes et al., 2014), o que também não abarca as necessidades terapêuticas e singularidades dos sujeitos.

Vários mecanismos, múltiplos paradoxos?

Sabe-se que questões complexas, como o uso de drogas, trazem consigo diversas concepções e tentativas de compreensão, sendo algumas complementares, outras paradoxais. Quando estas questões são perpassadas por valores pessoais, morais, sociais, aspectos econômicos, políticos, influências externas de países e organismos internacionais etc., é constatado um panorama ainda mais intricado (Bastos, 2015). Sendo assim, é esperado certo nível de heterogenia e, até mesmo, discordância. Por mais que se entenda as políticas como resultado de múltiplas determinações, possuindo limitações e sendo perpassadas, muitas vezes, por

interesses antagônicos (Behring; Boschetti, 2011), questiona-se de que forma esta disputa pode afetar negativamente as práticas e, conseqüentemente, seus usuários. Para lançar luz sobre esse debate, serão discutidas algumas contradições extraídas do processo analítico, levantando reflexões sobre si e suas reverberações.

Uma primeira contradição diz respeito às racionalidades dos modelos de atenção e do próprio cuidado. Segundo a Paiuad, os princípios da RP brasileira e a redução de danos devem fundamentar os modelos e práticas assistenciais na área. Tal perspectiva é reforçada pela Lei nº 11.343 quando aponta que “as redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde” (Brasil, 2006). Conforme apresentado anteriormente, a Paiuad é a política elaborada pelo MS.

Já na PNAD, perspectivas paradoxais frente às defendidas pela Paiuad são incluídas. Uma primeira contradição é observada em sua primeira diretriz sobre “tratamento, recuperação e reinserção social”, que postula a necessidade de articulação das intervenções em rede e, ao citar os serviços integrantes dessa rede, menciona, por exemplo, os hospitais psiquiátricos (Brasil, 2008). Esta dificuldade de compreensão já surgia quando, em um de seus objetivos, coloca “implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada”, mas sem mencionar as distinções entre serviços públicos e privados. Ademais, serviços como os hospitais psiquiátricos e CT, juntamente com seus modelos de tratamentos asilares de média a longa duração e práticas desumanas e iatrogênicas, que violam direitos humanos, contradizem não só os pressupostos e conquistas da RP brasileira (Perrone, 2014), mas a própria Paiuad, quando afirma que a oferta de cuidados deve ser baseada em “dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial” e/ou comunitários articulados com outros dispositivos da saúde e sociais. Tal preocupação com o fortalecimento e retomada de modelos asilares é corroborada em pesquisa sobre a oferta de serviços de atenção a usuários de drogas no município do Rio de Janeiro (Ribeiro et al., 2016).

Como as próprias políticas colocam, existe a necessidade de se considerar uma ampla gama de modelos de atenção e serviços, pois somente uma perspectiva seria incapaz de englobar as diferenças individuais e sociais existentes e a própria complexidade do assunto. Logo, a rede de atenção ao usuário de drogas passa a ser conformada por dispositivos que possibilitem maior abrangência e capilaridade, como os recursos da sociedade civil e da própria comunidade. No entanto, esta confluência e suas nuances devem ser melhor explicitadas pelas políticas e instrumentos normativos, de modo a clarificar possíveis contradições e dirimir questionamentos. Caso não se assentem sobre estes aspectos, os seguintes panoramas continuarão a assolar a área: o reforço de uma tradição histórica de negligência do Estado, relegando à sociedade civil grande parcela de reponsabilidade pela abordagem à temática (Machado; Miranda, 2007; Alves, 2009); a conseqüente complementação dos serviços não governamentais pelos públicos, cenário que deveria ser inverso (Costa et al., 2015a; Carvalho; Duarte, 2007); e antagonismos de modelos e práticas pelo mesmo serviço ou profissional (Schneider, 2010).

Em consonância, conforme foi possível observar na Paiuad, a expansão da rede restringiu-se à expansão de Caps e Caps AD no país. A partir do momento em que se postula a necessidade de diferentes níveis de cuidados, com variadas modalidades de atenção para fomentar o cuidado continuado e abarcar as necessidades decorrentes das pessoas que usam drogas, uma aposta quase que exclusiva na expansão dos Caps como resposta pública ao cenário encontrado mostrase contraditória. A própria instituição posterior da RAPS e de outros dispositivos especializados, como as Unidades de Acolhimento Institucional, leitos específicos em hospital geral, e não especializados, como as UBS, consultórios na rua etc. contradizem este reducionismo. Ademais, a rede de atenção não se reduz a um mero conjunto de serviços e nem ao seu somatório de relações, e mesmo a ampliação desses serviços, por si só não é suficiente para uma atenção integral à saúde dos usuários (Moraes, 2008; Costa et al., 2013; 2015a; 2015b).

Outro dado relevante é sobre a suposta intersectorialidade apregoada pela Paiuad e PNAD, mas que deve ser questionada a partir do momento em que a própria Paiuad e, também, a Raps, são construções do MS e/ou estão situadas no SUS, considerando, basicamente, os dispositivos da saúde na configuração da rede. Acerca do tratamento, o Suas é citado protocolarmente na PNAD como integrante da rede. A Portaria nº 3.088, responsável por direcionar as formas de organização da Raps, não o engloba. Assim, como objetivar uma rede e trabalho intersectorial se nem o principal instrumento normativo (a Portaria) considera ou aponta como fazer isso? Cabe ressaltar que a própria atualidade do Suas (com a Lei Orgânica da Assistência Social, de 1993, mas instituído somente em 2005) pode servir como justificativa para essa ausência na Paiuad e Raps e insuficiência na PNAD.

Como possibilidade de reversão ou minimização dos obstáculos constatados, a própria Raps poderia abarcar os dispositivos do Suas por meio de uma proposta interministerial. A partir da consolidação e desenvolvimento do Suas, com a inserção cada vez maior de CRAS, CREAS etc. sobre o tema (Brasil, 2012), seria interessante a reformulação de todo esse aparato, para que compreendam as novas conformações.

Por fim, a partir dos resultados apresentados e discutidos, entende-se que, por mais que represente avanços históricos, os aparatos analisados (PNAD, Paiuad, Raps e Lei nº 11.343) carecem de reformulações e reordenações, contemplando a dinamicidade na área. Aliada a isso, está a necessidade de empregar análises que levem em consideração suas contradições e também as potencialidades, entendendo as imbricações entre *papel e prática*.

Considerações finais

A partir dos achados deste estudo, conclui-se que as atuais políticas e principais mecanismos normativos-legais sobre drogas necessitam de reflexões constantes. Por isso, não devem ser assumidos de forma acrítica, o que pode reverberar em uma desconsideração ou restrição da capacidade reflexiva e da dimensão intelectual dos profissionais, assim como em concepções e

práticas cristalizadas. Pelo contrário, sua utilização deve almejar compreender as dificuldades em sua efetiva concretização, o que significa constantes exercícios de ação e reflexão, repensando, inclusive, as inter-relações entre papel e prática. Logo, a famosa frase repetida quase à exaustão “*no papel é bonito, mas na prática...*” mostra-se problemática, ao menos, no que refere às redes de atenção aos usuários de drogas.

Não se pretende aqui deslegitimar estes instrumentos, muito menos os avanços históricos que representam. Ainda mais considerando o atual momento político, econômico e social do país e os interesses diversos que perpassam a temática do uso de drogas. Somente acredita-se que podem ser potencializados e fomentar melhorias nos processos de cuidado a partir de análises críticas, contextualizadas e históricas que não os tomem de forma naturalizada, mas a partir de um prisma dinâmico.

Afinal, por mais importantes que sejam, somente estes avanços nas legislações e políticas não são, por si, suficientes para modificar as visões sobre um tema demasiadamente intrincado.⁷ A partir do momento em que são feitas por seres humanos, carregam consigo suas representações sociais, valores, distintas motivações, circunstanciadas pela realidade social e suas características.

Para a superação dos obstáculos aqui apontados e fortalecimento dos fatores considerados avanços, denota-se a necessidade de pesquisas futuras que ampliem a análise das redes de atenção aos usuários de drogas em distintas realidades, levando em consideração alguns dos pontos assinalados neste estudo. É sugerido que estas pesquisas objetivem compreender não só os componentes das redes, mas as concepções existentes, os modelos de atenção e os processos relacionais que são conformados.

Por mais que se saiba que o processo de implementação das políticas e legislações não é linear, acredita-se que, dessa forma, seja possível contribuir para a compreensão das prováveis relações entre políticas e realidade. Afinal, estas redes não se tratam de meras abstrações conformadas pelos contextos sociais, econômicos e políticos em que se inserem, bem como pelas pessoas e dispositivos que as compõem, seus valores e concepções.

Referências

- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.
- BABOR, T. F. et al. *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
- BACKES, D. S. et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BASTOS, F. I. Política de drogas na segunda década do novo milênio: reforma ou revolução. *Argumentum*, Vitória, v. 7, n. 1, p. 8-16, 2015.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 ago. 2006.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução Conad nº 3, de 27 de outubro de 2005. Aprova a política nacional sobre drogas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 out. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Seção 1, p. 230-232.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Relatório de auditoria operacional: sistema nacional de políticas sobre drogas: parte 1: repressão da oferta de drogas e Funad*. Brasília, DF, 2012.
- CARVALHO, D. B. B.; DUARTE, P. C. A. V. (Org.). *Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil: 2006/2007*. Brasília, DF: Senad, 2007.
- COELHO, T. C. B. et al. Discursos de trabalhadores da estratégia saúde da família sobre o SUS. *Revista de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana*, Feira de Santana, v. 5, n. 1, p. 1-8, 2015.
- CORTES, L. F. et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 84-92, 2014.
- COSTA, P. H. A.; PAIVA, F. S. Revisão de literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. *Physia*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1009-1031, 2016.
- COSTA, P. H. A. et al. A rede assistencial sobre drogas segundo seus próprios atores. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, p. 110-121, 2013. Número especial.
- COSTA P. H. A. et al. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 395-406, 2015a.
- COSTA P. H. A. et al. The care network for drug users in Brazil: what do professionals say about it? *Universitas Psychologica*, Bogotá, v. 14, n. 4, p. 1311-1324, 2015b.

LIMA, R. C. C. et al. Políticas sociais sobre drogas: um objeto para Serviço Social brasileiro. *Argumentum*, Vitória, v. 7, n. 1, p. 26-38, 2015.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. *História, Ciências e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MORAES, M. Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.

OLIVEIRA, D. C. et al. A atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 26-46, 2007.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 569-580, 2014.

PETUCO, D. R. S. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Org.). *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 133-148.

RIBEIRO, J. M. et al. Acesso aos serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas - o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 71-81, 2016.

RUSH, B. Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: origins and key principles. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, Thousand Oaks, v. 27, p. 617-636, 2010.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História &*

Ciências Sociais, São Leopoldo, v. 1, n. 1, p. 1-14, 2009.

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 687-698, 2010.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos*. Campinas: Unicamp, 2000. Caderno 48.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *World drug report 2016*. Geneva: Unodc, 2016.

VARELA, D. S. S. et al. Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 296-302, 2016.

Contribuição dos autores

Costa foi responsável pela concepção do estudo, coleta e análise dos dados. Ronzani e Colugnati participaram da análise dos dados e supervisão de todo o processo. Todos os autores contribuíram para a redação do artigo.

Recebido: 14/03/2017

Aprovado: 23/08/2017