

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

JULIANA DESIDERIO LOBO PRUDENCIO

A construção das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na saúde mental
de municípios da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



NITERÓI
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

JULIANA DESIDERIO LOBO PRUDENCIO

A construção das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na saúde mental
de municípios da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados
em Política Social da Escola de Serviço Social da
Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial
para a obtenção do grau de Doutora em Política Social.

Área de Concentração: Avaliação de Políticas Sociais

Orientadora: Profa. Dra. Mônica de Castro Maia Senna
Coorientadora: Profa. Dra. Rita de Cassia Cavalcante
Lima

NITERÓI
2019

PRUDENCIO, J. D. L. **A construção das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na saúde mental de municípios da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.** 2019. 201f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2019.

Banca Examinadora

Profª. Dra. Mônica de Castro Maia Senna

Orientadora – ESS-UFF

Profª. Dra. Rita de Cássia Cavalcante Lima

Coorientadora – ESS-UFRJ

Prof. Dr. Marco José Duarte

Examinador – ESS-UFJF

Profª. Dr. Sérgio Alarcon

Examinadora – UERJ

Profª. Dra. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Examinadora – ESS – UFF

Profª. Dra. Rachel Gouvea Passos

Examinadora – UFRJ

Prof.º Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos, PhD

Suplente – ESS/UFRJ

Profª. Dra. Tathiana Meyre da Silva Gomes

Suplente – ESS – UFF

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG Gerada
com informações fornecidas pelo autor

P971c Prudencio, Juliana Desiderio Lobo
A construção das redes de atenção aos usuários de
álcool e outras drogas na saúde mental de municípios da
Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro / Juliana
Desiderio Lobo Prudencio ; Mônica de Castro Maia Senna,
orientadora ; Rita de Cássia Cavalcante Lima, coorientadora.
Niterói, 2019.
201 f.

Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói,
2019.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGESS.2019.d.05489790733>

1. Política de Saúde Mental. 2. Rede Intersetorial. 3.
Usuários de Drogas. 4. Redução de Danos. 5. Produção
intelectual. I. Senna, Mônica de Castro Maia, orientadora.
II. Lima, Rita de Cássia Cavalcante, coorientadora. III.
Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social.
IV. Título.

CDD -

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a todos que vieram antes de mim e me possibilitaram chegar onde eu cheguei. Sabe, costuma-se dizer que o processo de escrita de um trabalho de conclusão de curso é solitário e que a escrita de uma tese é o auge da solidão, mas, pensando, nesses agradecimentos pude rir e chorar lembrando de cada um que habitou a minha solidão. Cada um que se fez presente e fez com que eu não me sentisse só, mas sim acolhida e pertencente a um lugar onde eu jamais pude pensar estar.

A toda energia que vibra positivamente sobre nós, a Deus, a Maria Santíssima, a todo o meu sagrado, aqueles que me carregaram no colo nos momentos de maior angústia. Glórias!

À minha família, que família! Pelo apoio diário e pela possibilidade da minha trajetória educacional ser percorrida pelos corredores das instituições públicas de ensino. Um especial agradecimento ao meu companheiro Dudu por respeitar as ausências, por tomar a rédeas da vida sem mim nos momentos em que eu precisava investir na tese. Às minhas irmãs, Julia e Ligia, pelo apoio incondicional na arte de me deixar estudar, pelos dias com Davi, por resolver minhas coisas para que pudesse desfrutar do isolamento acadêmico. Ao Davi, que chegou feito um furacão no meio do doutorado e me ensina a sorrir mais, a dançar mais e a ter leveza na vida. A gente ainda vai desfrutar muito disso tudo!

Às minhas amigas e, por que não dizer, irmãs de alma, que, além do incentivo diário, sempre me encorajaram. Por muitas vezes acreditarem mais em mim do que eu podia crer. Vocês são gigantes! Um abraço especial a Marceli Matoso, Eliane Assis, Rachel Gouvea, Fabiana Pacheco e Aline Azevedo.

Às amigas que fiz no doutorado Camila, Giovanna, Ida, e Viviane vocês, além de companheiras na arte de me salvar com parágrafos, palavras, referências e cerveja, são fontes de minha inspiração e admiração. Salve, acabou!

Às amigas mães mais loucas, porque Louca é a Mãe, Cris, Carol, Lili e Liliene porque viver duas gestações sozinha seria impossível. Ainda bem que vocês chegaram para eu poder compartilhar o puerpério, a tese e a vida.

Aos professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, obrigada pela luta incansável por uma educação pública, gratuita e de qualidade. Essa tese é nossa!

Às minhas orientadoras, Mônica e Rita, se um dia eu já chorei pelos mais belos encontros, esse choro é nosso. Nem nas histórias mais perfeitas sobre o processo de orientação eu imaginei encontrar tamanha delicadeza, zelo, respeito e companheirismo. Eu

sempre serei grata a cada momento que estivemos juntas, em especial nesses últimos dias. Nos encontramos no pós-doutorado!

Aos gestores da política de saúde mental da Baixada Fluminense e aos técnicos dos CAPS AD da Baixada, obrigada pela acolhida, respeito e incentivo à pesquisa de campo. Sem você essa pesquisa não faria sentido.

Aos usuários de álcool e outras drogas pelos encontros, trabalhos e relatos que me encorajaram a pensar em vocês nessa tese. Essa tese é para que juntos possamos seguir construído caminhos de cuidado garantidores de direito.

[...] E pro índio nada mais faz sentido.
Com tantas drogas por que só o seu cachimbo é proibido? [...]
(Gabriel, O Pensador)

RESUMO

A presente tese analisa o processo de constituição e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para usuários de crack, álcool e outras drogas na Baixada Fluminense, estado do Rio de Janeiro. A RAPS integra as Redes de Atenção à Saúde, instituídas pelo Ministério da Saúde no ano de 2011, como estratégia de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) em face do desafio de superar a fragmentação da atenção e, ao mesmo tempo, assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços para responder às suas necessidades de saúde. No caso específico da RAPS, a proposta ministerial é “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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)” (BRASIL, 2011). O estudo da tese parte do entendimento de que a construção da política pública possui caráter processual, sendo fundamental compreender os múltiplos intervenientes que afetam sua materialização e conferem-lhe características peculiares em relação ao desenho original da política. De natureza qualitativa, o estudo desenvolvido teve como principais procedimentos metodológicos: a revisão de literatura sobre a temática, o levantamento documental e a realização de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, de forma a triangular as fontes de informação e possibilitar a escuta da fala dos sujeitos envolvidos e interessados nos serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense. A pesquisa de campo se deu em duas etapas. A primeira etapa constituiu um levantamento exploratório inicial, com o intuito de identificar os informantes-chave, de modo a resgatar a história da política de saúde mental na Baixada Fluminense, com especial atenção à trajetória de constituição da RAPS na região. Nessa etapa, foram entrevistados gestores e profissionais vinculados à Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2003 – período de implantação da RAPS na Baixada Fluminense – que atuaram nesse processo. Nessa etapa foi também realizado o levantamento dos serviços e ações da RAPS na questão da droga no território estudado. A segunda etapa buscou examinar a dinâmica de funcionamento da RAPS na região e compreendeu a realização de entrevistas semiestruturadas, de natureza individual, com gestores e técnicos vinculados aos CAPS AD e CAPS AD III. Os resultados do estudo apontam a ausência de formação de parte dos profissionais da rede, a precarização dos espaços e serviços ofertados e a necessidade de se romper com o estereótipo socialmente construído do usuário de drogas como: “vagabundo”, incapaz e criminoso. Por outro lado, nota-se que as equipes atuantes no CAPS AD e CAPS AD III possuem um papel importante na garantia de direitos dos usuários de drogas, reconhecem a redução de danos como estratégia para a atenção em saúde mental e promovem certa articulação entre os serviços municipais para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. No entanto, observa-se que ainda existe a necessidade de um avanço no trato da política de saúde mental para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense, sobretudo no que tange a melhorias da estrutura física dos serviços, à contratação de mais profissionais e à formação continuada para os sujeitos envolvidos na rede.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental. Rede Intersetorial. Usuários de Drogas. Redução de Danos. Baixada Fluminense.

ABSTRACT

The present thesis analyzes both the constitution and operation process of the Psychosocial Care Networks (RAPS) for crack and alcohol users as well as other drugs in Baixada Fluminense, Rio de Janeiro state. RAPS integrate Health Care Networks which were established by the Ministry of Health in 2011 as a reorganization strategy of the Unified Health System (SUS) in light of the challenge to overcome the attention fragmentation and also to provide the user a set of actions and services to meet their health needs. In the specific case of RAPS, the ministerial proposal is “the creation, expansion and articulation of health care points for people with suffering or mental disorders and with needs arising from the use of crack, alcohol and other drugs under the Unified Health System (SUS)” (BRASIL,2011). The study of the thesis starts from the understanding that the construction of this public policy has a procedural nature and it is fundamental to understand the multiple actors that affect its materialization and give it peculiar characteristics in relation to the original policy design. The developed study has had as main methodological procedures of qualitative nature: The literature review on the subject, the documentary survey and semi-structured interviews with key informants to triangulate the sources of information as well as to enable the listening of the speech related to both people involved and interested in care services for alcohol users and other drugs in Baixada Fluminense. Field research has taken place in two stages: The first stage has been an initial exploratory survey to identify key informants in order to retrieve the mental health policy history in Baixada Fluminense while paying special attention to the formation of RAPS in the region. At this stage, managers and professionals who were linked to the Rio de Janeiro State Secretariat for Health were interviewed from 2000 to 2003 - RAPS implementation period in Baixada Fluminense – and also worked in this process. At this stage, the survey of services and actions related to RAPS on the drug issue in the studied territory was also carried out. The second stage has looked for the dynamic examination of RAPS operation in the region and it has also included semi-structured interviews of an individual nature with managers and technicians linked to CAPS AD and CAPS AD III. The results of this study indicate the lack of training on the part of network professionals, the precariousness of the spaces and services offered and the need to break socially constructed stereotypes related to drug users such as: “vagabond”, incapable and criminal. On the other hand, it is possible to notice that CAPS AD and CAPS AD III teams play an important role in guaranteeing drug users' rights, recognizing harm reduction as a strategy for mental health care and they also promote some articulation between municipal services for the care of users of alcohol and other drugs. However, it is noticed that there is still a need for further progress in addressing mental health policy for the care of alcohol and other drug users in Baixada Fluminense, especially with regard to improvements in the physical structure of the services, hiring more professionals and a continuing education for people involved in the network.

Keywords: Mental Health Policy. Intersectoral Network. Drug users. Harm Reduction. Baixada Fluminense.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Rede de Atenção Psicossocial: componentes e respectivos pontos de atenção	80
Figura 2 – Mapa da Baixada Fluminense (RJ)	921

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Portarias Ministeriais	67
Tabela 2 – Redes Temáticas, Portaria nº4.179/2010	77
Tabela 3 – RAPS implantada na Região Metropolitana I até 2014.....	84
Tabela 4 – RAPS implantada na Região Metropolitana I até 2017.....	84
Tabela 5 – Indicadores socioeconômicos e demográficos selecionados por município. Baixada Fluminense, 2010	976
Tabela 6 – Cobertura do Estratégia de Saúde da Família (ESF), 2019	1021
Tabela 7 – RAPS nos municípios pesquisados.....	1254

LISTA DE SIGLAS

A.A	Alcólicos anônimos
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSI	Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CENTRA- RIO	Centro de Tratamento e Reabilitação de Adictos
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CISBAF	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense
COFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CTs	Comunidades Terapêuticas
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
COFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro Especializado de Assistência Social
CREPOP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
DEAM	Delegacia Especializada de atendimento à mulher
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEUDUC	Fundação Educacional de Duque de Caxias
FUNDREM	Fundação para o Desenvolvimento da Região Metropolitana do Rio de Janeiro
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana
HCE	Hospital Central do Exército
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IPEA	Instituto de pesquisa econômica aplicada
IPUB	Instituto de Psiquiatria da UFRJ
LSD	dietilamida do ácido lisérgico
MS	Ministério da Saúde
N.A	Narcóticos Anônimos
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PAI- PAD	Programa de ações integradas para a prevenção e atenção ao uso de álcool e outras drogas na comunidade
PAIUAD	Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral aos Usuários de crack, álcool e outras Drogas
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PESB	Programa Especial de Saúde da Baixada
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PROJAD	Programa de Álcool e Drogas
RPA	Recibo de Pagamento Autônomo
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção em Saúde
Reduc	Refinaria Duque de Caxias
RD	Redução de danos
RJ	Rio de Janeiro
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SES RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SISNAD	Sistema Nacional Antidroga
SUS	Sistema Único de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UDIs	Drogas Injetáveis
UNDCP	Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas

UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VAB	Valor Adicionado Bruto

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
1. CONCEPÇÕES SOBRE DROGRAS	28
1.1 Conceituando os usos de drogas	28
1.2 Dimensão social e cultural sobre os usos de drogas	35
1.3 Drogas e religião	42
2. CAPÍTULO II- A POLÍTICA DE SAÚDE E A ATENÇÃO EM REDE: O CASO DA DROGA NO BRASIL	48
2.1 A proibição dos usos de drogas no Brasil.....	48
2.1.1 O Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN).....	53
2.1.2 A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD).....	55
2.2 A Redução de Danos como estratégia no campo da droga no Brasil	58
2.2.1 A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD).....	65
3. REDES DE SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) PARA O CUIDADO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	74
3.1 A Atenção em Redes de Saúde e as Redes Temáticas.....	74
3.2 A RAPS na atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Estado do RJ	78
4. UMA ANÁLISE SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NA BAIXADA FLUMINENSE DO ESTADO DO RJ.....	909
4.1 Notas sobre a Baixada Fluminense	90
4.2 A Baixada Fluminense e a constituição de uma rede de atenção aos usuários de drogas .	1032
4.3 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na Baixada Fluminense: dilemas, enfrentamentos e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas	1243
4.3.1 Breve caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa de campo	1265
4.3.2 Concepções sobre a RAPS	1287
4.3.3 O funcionamento da RAPS na Baixada Fluminense.....	1565
4.3.4 Análises da RAPS na Baixada Fluminense.....	1743
CONSIDERAÇÕES FINAIS	1809
REFERÊNCIAS	1854
ANEXOS	1976
APÊNDICES	1987

INTRODUÇÃO

A presente tese de doutorado tem como campo de análise a Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas na compreensão acerca da atenção em rede sobre o olhar da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída sobre a Portaria nº 3.088/2011, no cuidado de usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, composta pelos seguintes municípios: Nova Iguaçu, Duque de Caxias, São João de Meriti, Belford Roxo, Queimados, Mesquita, Japeri, Nilópolis, Magé, Guapimirim, Paracambi, Seropédica e Itaguaí. O foco principal está na compreensão de como o modelo de atenção psicossocial, pensado no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para usuários de drogas, vem tomando forma nesse território. Para tanto, buscou-se examinar, especificamente, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), localizados nos municípios da Baixada Fluminense, estão gestando a oferta de cuidado através de uma atenção em rede de saúde.

A RAPS é mais um dos mecanismos normativos para a institucionalização da reforma psiquiátrica. Essa rede temática tem como diretriz a garantia do acesso e da qualidade dos serviços e, em particular, no que se refere à problemática de álcool e drogas pela perspectiva da redução de danos, buscando-se o cuidado territorial, humanizado e integral, sob a lógica interdisciplinar e intersetorial, com participação e controle social de usuários e familiares (COE; DUARTE, 2017, p. 90).

O entendimento da RAPS recai sobre a necessidade de uma compreensão sobre as transformações sofridas na esfera do cuidado aos usuários de drogas, desde o século XX, no Brasil a partir da compreensão sobre as mudanças socioculturais, ou seja, transformações no modo de pensar e de agir no âmbito do cuidado aos usuários de drogas. Portanto, localizada na esfera do cuidado integral aos usuários de drogas, conforme preconizado pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) e todas as normatizações que reforçaram a referida política.

Com isso, pensar a RAPS na Baixada Fluminense é fruto de inúmeras indagações e angústias sobre o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas em um território marcado por uma história forte de desigualdade social, domínio das elites empresariais, clientelismo e ausência de políticas sociais garantidoras de direitos universais.

A escolha por esse objeto de estudo decorre da minha experiência profissional como Assistente Social na área da saúde, aliada às reflexões e debates propiciados pela participação

em fóruns, seminários, congressos e outros eventos científicos. Nesse sentido, é possível destacar a experiência como Assistente Social no serviço de saúde mental do Exército Brasileiro, no período de 2009 a 2013, em especial no Hospital Central do Exército (HCE), onde atuei como Assistente Social responsável pela enfermagem de psiquiatria e dependência química. Nesse período de atuação no HCE, foi possível observar o crescente aumento de pessoas em situação de uso prejudicial de álcool e outras drogas e os inúmeros danos sociais e à saúde causados pelos usos de drogas para os sujeitos e seus familiares.

Outra experiência de destaque foi a inserção como Assistente Social na Especialização em Assistência aos Usuários de Álcool e Outras Drogas do IPUB/PROJAD¹/UFRJ, no período de março a dezembro de 2015. Uma questão que chamou atenção nessa experiência foi a grande procura do serviço – localizado na AP 2.1² do município do Rio de Janeiro – por usuários de drogas residentes na Baixada Fluminense.

Diante desse quadro, inúmeras indagações a respeito dos motivos que levam a essa demanda ao IPUB se impuseram, uma vez que é grande a distância geográfica percorrida para acessar o serviço: ausência de serviços na Baixada? Baixa oferta de serviços e ações com qualidade? Pouca qualificação dos profissionais que atuam na Baixada Fluminense? Ausência de divulgação dos serviços existentes no território? Dificuldades no manejo com o uso das drogas? Violência? Opressão? Muitas dessas questões não puderam ser respondidas ao longo da prática profissional como Assistente Social, pois careciam de uma maior investigação, servindo de motivação para o presente estudo.

Cabe pontuar que a escolha pelo objeto de estudo está diretamente relacionada à trajetória profissional no âmbito da política de saúde mental e à preocupação da autora com os caminhos da construção do cuidado para os usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense, bem como à trajetória nos estudos sobre rede e política social.

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo geral compreender o processo de constituição e funcionamento da RAPS, para usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos são: a) compreender como o poder público vem intervindo na política de saúde e saúde mental, com ênfase no fenômeno do uso prejudicial de álcool e outras drogas, na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro; b) desvelar disputas e atores determinantes para o favorecimento da constituição da RAPS, com ênfase na questão das drogas, na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro; c) conhecer os fluxos e protocolos de atendimento aos usuários de álcool e outras

¹ IPUB- Instituto de Psiquiatria da UFRJ / PROJAD – Programa de Álcool e Drogas.

² A Área Programática 2.1 (AP 2.1) engloba desde o bairro da Glória até São Conrado, na Zona Sul da cidade.

drogas atendidos pela RAPS da Baixada Fluminense; d) pesquisar os serviços que integram a RAPS da Baixada Fluminense, no que concernem aos serviços prestados no tratamento para o uso prejudicial de álcool e outras drogas, na perspectiva da atenção integral e da reabilitação psicossocial; e) perceber a atuação dos profissionais envolvidos na RAPS da Baixada Fluminense, no que tange à atenção ao usuário de álcool e outras drogas, no fortalecimento de vínculos, na inclusão social e na integralidade da política pública; f) conhecer como os profissionais que atuam na RAPS da Baixada Fluminense compreendem a política de saúde mental e a sua relação com a atenção aos usuários de álcool e outras drogas; g) Suscitar questões sobre a constituição e funcionamento dos elementos que integram a RAPS na Baixada Fluminense, entendendo sua função dentro do aparelho estatal.

É notório que nos anos de 1990 houve um aumento no uso e na venda de drogas no Brasil, em especial entre a população mais pobre, fenômeno muito impulsionado com o aumento do uso do crack. Diante disso, o tema da droga precisa ser entendido e estudado como uma questão de saúde pública e como expressão da Questão Social. Estudos como as pesquisas realizadas por Brasil (2009) e Bastos (2017) já apresentam o resultado do uso de drogas para a população brasileira. As respostas a esse fenômeno têm sido pautadas por ações de cunho moralista, religioso e abstinência, contribuindo para reforçar uma lógica de extermínio, por raça e classe, dos usuários de álcool e outras drogas.

Não obstante o crescimento da questão, ainda temos uma baixa produção acadêmica sobre a temática, no que tange à rede de atenção psicossocial. Em uma breve síntese, é possível observar que predomina a oferta de produções sobre o proibicionismo às drogas ou com análises acerca das questões clínicas, reforçando a tendência atual de um Estado que, a cada passo, vem reduzindo ações garantidoras de direitos para a população usuária de drogas. No caso específico da Baixada Fluminense, as produções acadêmicas sobre a temática são ainda mais raras, apontando para o ineditismo do presente estudo e sua contribuição para o (re)conhecimento da constituição e funcionamento da RAPS álcool e drogas na região.

A relevância do presente objeto de estudo provém de alguns pontos a serem mencionados aqui, tais como: aumento no uso e na venda de drogas³ após os anos de 1990 e sobretudo o aumento do ataque às drogas após os anos 2000; ausência do debate sobre os fatores que levaram ou levam ao uso de drogas; baixa produção de conhecimento acerca da atenção aos usuários de drogas, através do que é preconizado na Portaria nº 3.088/11, que

³ Cabe pontuar que aqui trataremos drogas como sinônimos de substâncias que representam e se materializam na ação opressora estatal, de cunho proibicionista, as quais são tratadas pela nossa sociedade como drogas ilícitas e que causam “dependência” e morte.

institui a RAPS; necessidade da análise da política de saúde mental com a reflexão voltada para análise dos serviços de cuidado nos casos de uso de álcool e outras drogas.

O Relatório Brasileiro sobre Drogas (BRASIL, 2009) aponta um estudo comparativo dos dados apresentados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)⁴ e pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID⁵) entre os anos de 2001 e 2007, os quais mostram um aumento significativo no uso de álcool, tabaco, maconha, solventes, cocaína, crack, benzodiazepínicos, mas, sobretudo, das drogas estimulantes, como remédios para emagrecimento.

Ao pensar os sujeitos que fazem uso das substâncias aqui debatidas, as pesquisas realizadas por Brasil (2009) e Bastos (2014) apontam a predominância do gênero masculino, com idade entre 28 e 36 anos. Esse segmento, em 2009, correspondia a cerca de 80% dos usuários de alguma droga e em 2014 representavam 60% dos usuários de crack no Brasil. Já o gênero feminino se destaca na pesquisa de 2009 no que se refere ao uso de medicamentos para emagrecer, que sofreu um significativo aumento entre 2001 e 2005. Outro ponto a ser destacado em ambas as pesquisas, ao se pensar quem são os sujeitos que usam drogas, é que a maior parcela populacional que se expõe ao uso de drogas são homens, negros e de baixo poder aquisitivo.

É possível justificar o aumento no uso de drogas no Brasil? As pesquisas apresentadas acima e seus dados mostram um aumento expressivo na redução da idade para o início do uso de drogas. Em 2009 apresenta-se que tal início vem ocorrendo aos 12 anos para álcool e tabaco; e aos 13 anos para maconha. Conforme o estudo da Bastos (2014), os usuários de drogas, no geral, são compreendidos como poliusuários, ou seja, usuários de variadas drogas.

Diante disso, observa-se um aumento significativo no uso de drogas, no entanto, não se apontam justificativas para tal uso, há apenas os efeitos do uso das drogas, tais como: isolamento social, afrouxamento ou rompimento dos laços familiares e afetivos, crimes (roubo, furto e tráfico), problemas de saúde (HIV, tuberculose, hepatite C, distúrbios psicológicos, neurológicos, dentre outros). Nota-se, portanto, um agravamento da exposição aos riscos sociais e à saúde por parte dos usuários de drogas e uma ausência de produção de conhecimento sobre os serviços ofertados a esses sujeitos.

⁴ A SENAD é um órgão vinculado à segurança pública que articula, indica, prove e firma ações no âmbito do tema droga e sua relação com a sociedade.

⁵ O CEBRID funciona na UNIFESP no departamento de Medicina Preventiva e possui a finalidade de atender a população através de reuniões e pesquisa sobre o tema droga e sua prevenção, com ampla divulgação dos seus resultados.

Com isso, a presente tese se divide em 4 capítulos. O primeiro capítulo apresenta concepções sobre drogas, mostrando historicamente como a palavra droga ganha espaço na sociedade capitalista a partir do seu poder de venda e compra, bem como aponta as comunidades terapêuticas como um serviço de cunho religioso para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

O segundo capítulo faz uma contextualização histórica sobre a construção de um cuidado aos usuários de drogas, demarcando a tendência repressiva desse cuidado e a tendência progressista da redução de danos. É um capítulo dedicado à apresentação da arena de disputa governamental e que coloca o usuário de drogas no cerne do debate para a construção de ações efetivas na questão da droga.

O terceiro capítulo realiza o debate sobre rede de saúde, trazendo a reflexão sobre a rede temática. Sendo assim, realiza uma ampla análise sobre a RAPS na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, aproximando esse debate sobre a RAPS no Estado do RJ por meio de dados, análises e reflexões críticas sobre a constituição e atual momento da rede.

Por fim, o quarto e último capítulo apresenta o resultado da pesquisa de campo através de análise de conteúdo das entrevistas, a partir da análise sobre: a) a Baixada Fluminense e a constituição de uma rede de atenção aos usuários de drogas; b) caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa de campo; c) concepções sobre a RAPS na Baixada Fluminense; d) análises da RAPS na Baixada Fluminense; e) o funcionamento da RAPS na Baixada Fluminense.

Espera-se, com a presente tese, contribuir para produção de conhecimento referente à Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas no trato das compreensões acerca da RAPS. O trabalho vem, também, chamar a atenção a um território pouco ou, por que não dizer, jamais explorado, a Baixada Fluminense e sua produção de cuidado em rede aos usuários de álcool e outras drogas. Diante disso, este trabalho visa trazer a Baixada Fluminense para o debate acadêmico como campo de produção de cuidado, vida no território e política pública.

Procedimento metodológico: coleta e análise dos dados

A análise acerca da constituição e funcionamento de uma Rede de Atenção Psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas deve permear a compreensão sobre as relações entre a história, a política, a economia, o social, o cultural e o religioso. Relações que são partes importante para a análise e a compreensão da construção dos sujeitos na sua relação com a droga.

A partir dessas análises, será utilizado, para a construção da proposta de trabalho, um embasamento teórico-metodológico, que aborde questões referentes à construção histórica do Sistema Único de Saúde (SUS), ao Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, à Política de Saúde Mental, à Política Nacional de Drogas, à Política sobre o Álcool, à Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas e à Portaria nº 3.088/2011⁶, dentre outras. O foco de análise será a compreensão do processo de constituição e funcionamento da RAPS, para usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.

Para tal, será realizada uma pesquisa qualitativa, por meio do levantamento bibliográfico e documental, com vistas a uma maior compreensão da realidade e aproximação com o objeto de estudo, pois “ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2012, p. 21).

Como estratégia, escolheu-se como serviço de referência para a pesquisa o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), por reconhecer o seu papel de ordenador da RAPS na atenção aos usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da atenção em rede de saúde na Baixada Fluminense. Diante disso, o estudo teve como foco os profissionais que estiveram na gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro de 2000 até 2003, coordenadores de Saúde Mental da Baixada Fluminense, coordenadores de CAPS AD da Baixada Fluminense, técnicos de saúde mental, trabalhadores de CAPS AD da Baixada Fluminense.

A participação dos sujeitos destacados acima se dá com o intuito de dar significado aos discursos e práticas dos envolvidos na pesquisa, na busca por uma maior compreensão sobre a RAPS na Baixada Fluminense através da sua concepção e formatação atual, de forma a entender o que orientou a constituição da RAPS, suas interferências e práticas na questão do álcool e outras drogas.

Cabe situar que, diante da complexidade do objeto de estudo desta tese, foi de fundamental importância o aporte dialético para a compreensão e desvendamento da realidade vivenciada, relatada e compreendida na pesquisa de campo. Diante disso, tornou-se necessário apresentar com rigor de detalhes todo o procedimento metodológico, para destacar cada fase com sua relevância para a descrição do plano empírico e confronto com a realidade.

Conforme apresentado, foi realizada uma análise em quatro dos CAPS AD, localizados na Baixada Fluminense, nos municípios de Belford Roxo, Magé, Mesquita e Nova

⁶ 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).

Iguaçu⁷, no que tange à constituição, organização, formação e atuação no trato da atenção aos usuários álcool e outras drogas na região na perspectiva da atuação em rede de saúde, compreendendo que os serviços e os espaços políticos se configuram como espaços de disputa para o exercício da política de saúde mental.

O trabalho contou com a análise dos espaços de disputa para atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense do Rio de Janeiro, o que nos mostrou diferentes espaços de atenção na política de saúde e saúde mental, pois se entende que entre tais espaços existem visões diferenciadas sobre o processo de cuidado ao sujeito que faz uso prejudicial de drogas, logo, sobre a atuação através da RAPS.

Desse modo, a pesquisa contou com 04 procedimentos metodológicos principais, a saber:

- 1) Pesquisa exploratória inicial nos principais espaços de disputa para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. A coleta de dados se deu através de entrevistas semiestruturadas, de natureza individual, com roteiro previamente elaborado e gravadas, com os profissionais e sujeitos atuantes na questão do álcool e outras drogas na Baixada Fluminense durante a constituição da RAPS. Teve como foco de análise a identificação dos sujeitos da pesquisa, a história da política de saúde mental na Baixada Fluminense, a história da constituição e funcionamento da RAPS na Baixada, e levantamentos dos serviços e ações políticas da Baixada na questão da droga.
- 2) Pesquisa bibliográfica nas principais referências de literatura em saúde pública e política de saúde mental no que tange à questão do álcool e outras drogas e consequente análise de políticas sociais.
- 3) Levantamento documental acerca do objeto de pesquisa, utilizando como fonte principal documentos oficiais (Federais, Estaduais e Municipais) que apresentem portarias, leis, diretrizes e outras normatizações acerca da compreensão do cuidado e atenção aos usuários de álcool e outras drogas, bem como leitura de dissertações e teses dedicadas ao tema em estudo.
- 4) Entrevistas semiestruturadas, de natureza individual, com roteiro previamente elaborado e gravadas, com os profissionais que trabalham como gestores e técnicos vinculados aos CAPS AD e CAPS AD III localizados na Baixada Fluminense bem como com os sujeitos envolvidos na gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Estado

⁷ A não realização de pesquisa de campo em todos os municípios que aqui compreendemos como a Baixada Fluminense do RJ se deu por motivos alheios a doutorada que atravessam: questões municipais de ordem jurídica e / ou administrativa e não resposta de algumas secretarias municipais de saúde para a liberação da Pesquisa.

do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2003 e sujeitos envolvidos no processo de implementação da RAPS na Baixada.

As entrevistas tiveram como objetivo investigar a compreensão e intervenção através do conceito de rede de atenção psicossocial aos usuários de drogas, atrelada às diretrizes governamentais acerca da Política do Ministério da Saúde para a Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, e a Portaria nº 3088/2011, que institui a RAPS, assim como pensar o processo decisório e os campos de disputa para a constituição e funcionamento da RAPS na Baixada Fluminense no Rio de Janeiro.

Os participantes da pesquisa foram informados dos objetivos do estudo e foi realizada apenas com quem consentiu. Foi dada a oportunidade aos participantes de exporem os seus pensamentos e angústias correlacionadas ao tema pesquisado, servindo como base para futuras indagações e embasamento da pesquisa. A privacidade e o sigilo foram garantidos sem os nomes dos participantes apresentados.

Nesse sentido, foi realizada, com base no entendimento acerca da análise de políticas públicas e políticas sociais, uma comparação entre os resultados das entrevistas e os documentos oficiais, artigos, dissertações e teses, identificados na etapa inicial da pesquisa. Objetivou-se, assim, construir uma análise, de forma crítica, das ações atuais de constituição e dinâmica de funcionamento da RAPS, para usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.

Por fim, cabe destacar que a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitários Antônio Pedro – UFF através da Plataforma Brasil.

Categorias teóricas, coleta e análise dos dados

A análise dos dados perpassou a reflexão sobre seis categorias de análise, a saber: análise de política pública; rede; droga; redução de danos; atores e território. A categoria análise de política pública busca compreender e analisar os mecanismos de constituição e funcionamento da ação pública na política de saúde mental, a partir da Resolução nº 3088/2011, que institui a RAPS, no que concerne à constituição e funcionamento da RAPS para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro. Já a categoria rede visa o entendimento do conceito de rede na política de saúde, através do conceito de RAS com enfoque na rede temática, a RAPS na atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

A categoria droga tem como campo de reflexão as concepções sobre os usos de drogas ao longo da história e a compreensão sobre o uso de droga sobre a ótica dos envolvidos na pesquisa, e o entendimento dos entrevistados sobre quem é o usuário de drogas na Baixada Fluminense. A redução de danos como categoria relevante para a compreensão da estratégia apontada pelo Ministério da Saúde para o manejo junto aos usuários de drogas e a intervenção em rede de saúde no cuidado aos usuários. A categoria atores compreende os sujeitos, serviços e organizações (públicas ou privadas) que participaram da constituição e atuam para o funcionamento da RAPS na Baixada Fluminense, como caminho de análise e compreensão das arenas de disputa que levam ao atual modelo de ação junto aos usuários de álcool e outras drogas. Já a categoria território representa a busca pela compreensão do espaço onde se localiza a discussão da rede de atenção psicossocial, a Baixada Fluminense, e seu histórico dentro da política de saúde e da política de saúde mental, com enfoque no tema das drogas.

Para a análise dos dados a partir das categorias de análise aqui apresentadas se utilizou os referenciais que serão expostos a seguir.

Diante disso, entende-se política pública como “o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso das ações” (SOUZA, 2007, p. 36). Diante disso, o estudo que se deseja realizar se dá no caminho da análise da ação governamental no trato da política de saúde mental, bem como localiza a política citada na perspectiva e compreensão de que a política de saúde mental para a questão do álcool e outras drogas precisa ser compreendida como política pública.

Conforme afirmam Baptista e Viana (2012, p. 60), “(...) falar de política pública é falar de Estado, de pacto social, de interesse, e de poder”. Logo, a análise da política põe em questão o próprio Estado.

(...) é preciso deixar claro que o termo política públicas não refere-se necessariamente às políticas do Estado, mas pode incluir outras ações igualmente públicas originárias de instituições não-governamentais, movimentos etc. (FLEXOR; LEITE, 2006, p. 17).

A análise de uma política perpassa a compreensão dos caminhos e lacunas que levaram ou não à construção de uma ação pública, bem como a leitura sobre a resposta e/ou solução dada a um determinado problema, entendendo problema como algo que passa a ser visto pela necessidade de intervenção, ou seja, “quando os formuladores de política acreditam que devem fazer algo a respeito” (CAPELLA, 2006, p. 26).

Como afirmam Viana e Baptista (2012, p. 65), “os problemas constituem o ponto de partida para a geração de uma política pública”. Diante do reconhecimento do problema como algo que precisa de resposta, é possível apresentar a compreensão de ciclo de política para a construção da ação política, ou seja, da resposta.

Logo, o ciclo de política é construído por 4 processos: o estabelecimento de uma agenda, a formulação de políticas públicas, a escolha entre as alternativas e a implementação da decisão (CAPELLA, 2006). Com isso, entende-se que o objeto de estudo da tese se concentra na análise de política, com o enfoque na formulação e implementação de políticas públicas, com a reflexão voltada para a constituição e funcionamento da RAPS para usuários de álcool e outras drogas.

Com isso, pensar a análise de políticas públicas com enfoque na formulação e implementação da política de saúde mental na atenção aos usuários de álcool e outras drogas se dá na compreensão de que: a fase da formulação está ligada à tomada de decisão e até mesmo da não decisão (como uma decisão), pois é nesse momento em que se decide e escolhe o caminho da ação política, por meio de recursos financeiros, informações, atores, jogos de poderes e outros. Deixando claro o que Faria (2003) apresenta como a importância de uma “multiplicidade de atores” no processo de formulação de uma política.

Destaca-se que é na formulação que determinado problema ganha importância, pois “se definem os princípios e diretrizes para o desenvolvimento de uma ação”. No entanto, as condições socioeconômicas interferem diretamente na decisão e na ação, logo, “as escolhas políticas dos formuladores e autoridades, elas estão inseridas numa cultura política e social” (BAPTISTA; REZENDE, 2011, p. 148).

Ao tratar da fase de implementação de políticas públicas, a qual se compreende pela “execução de atividades com vista a obtenção de metas definidas no processo de formulação das políticas” (SILVA; MELO, 2000, p. 04). O momento no qual orienta-se a política e/ou afirmam-se novas políticas, através da tomada de decisões a partir das políticas existentes ou da manutenção de políticas.

Diante disso, compreende-se que o momento da implementação precisa ser visto pela importância da leitura sobre as condições sociais, políticas e econômicas; a participação do público-alvo; os recursos financeiros; os objetivos da política; e a compreensão dos implementadores sobre a relevância, social e política, da política pública em implementação (MAZMANIAN; SABATIER, 1983). Afinal, “a implementação, portanto, cria políticas: a implementação de políticas constantemente orienta novas políticas” (SILVA; MELO, 2000, p. 11).

Sendo assim, é a partir da formulação de políticas públicas que se apresenta a implementação, não como etapa do ciclo de política, mas sim como uma relação de retroalimentação e reformulação, ou seja, na possibilidade de diálogo entre as fases e sobretudo mudanças na implementação da política pública, a partir da ação dos implementadores.

Entretanto, ao pensar a RAPS na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro através da sua formulação e implementação compreende-se a relevância sobre os “fazedores de política, dos atores participantes desse processo, das inter-relações entre agências e atores, bem como das variáveis externas que influenciam esse processo” (VIANA; BAPTISTA, 2012, p. 59). Logo, é notória a certeza sobre a influência dos atores, instituições, humor político e outros para a realização do trabalho em rede, conforme a RAPS preconiza, junto aos usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense.

O debate sobre análise de política pública a partir da análise sobre o momento da formulação e implementação de redes de atenção em saúde nos coloca a reflexão de que “(...) a gestão em redes implica a gestão de interdependências, o que termina por aproximar os processos de formulação e implementação de políticas e exige o desenvolvimento de formas de coordenação e controle” (FLEURY, 2005, p. 85).

A aproximação teórica com as referidas categorias são a base do instrumento metodológico para sistematização, análise e interpretação dos dados da pesquisa. Com a coleta de dados, foi possível categorizar os dados para assim serem analisados a partir das categorias aqui expostas.

A análise de dados compreendeu o momento da pesquisa que destacou a tentativa de declarar os encadeamentos efetivos entre o objeto de estudo e outros fatores. Sendo assim, para esta pesquisa tivemos a análise de conteúdo como a técnica para análise dos dados, entendida por Bardin (1979, p. 42) como:

(...) conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A referida análise de conteúdo teve como caminho de ação, não ordenado, a categorização, inferência, descrição e interpretação. A categorização foi realizada através de uma tabela, a qual auxiliou na apresentação das categorias teóricas constatadas na coleta de

dados, para que assim fossem apresentadas respostas e pudesse nomear conceitualmente tais categorias, a partir de leituras, pesquisas e dados encontrados, pois, como afirma Bardin (1979, p. 117), “as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico”.

Quanto à inferência foram realizadas perguntas ao longo das leituras e do processo de coleta de dados, no intuito de aprofundar e apropriar-se dos conceitos, categorias teóricas e conteúdos descobertos e amadurecidos ao longo da pesquisa. A descrição caminhou junto com a inferência, pois auxiliou na descrição e análise da compreensão do objeto de estudo através da literatura.

Por fim, a interpretação, conforme afirma Minayo (2012), foi o momento da aproximação, comparação e confronto entre significantes (estruturas semânticas) e significados (estrutura sociológicas), ou seja, será feita a apresentação da interpretação dos dados de forma descritiva e analítica na relação com os motivos que levaram à existência desses dados.

Diante disso, a análise dos dados foi permeada pela aproximação, desvendamento e leitura dos dados coletados de forma qualitativa e com uma reflexão voltada para a análise de políticas sobre a compreensão do processo de constituição e funcionamento da RAPS, para usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.

Pretendeu-se com a análise sobre a RAPS, para usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense, realizar o que se entende por “avaliação da engenharia institucional e dos aspectos que traduzem o desenvolvimento de uma política”. (ARRETCHE, 1999, p. 29), compreendendo que tal análise permitiu contrapor teses e realidades, colocando em debate suas diferenças e semelhanças, possibilitando uma maior compreensão da constituição e funcionamento da RAPS em estudo.

1. CONCEPÇÕES SOBRE DROGRAS

No presente capítulo são apresentadas análises sobre o tema droga a partir da sua compreensão histórica e conceitual através de reflexões que permeiam o campo da cultura, religião e medicina. Inicialmente será feita uma apresentação de conceitos e nomenclaturas atribuídos ao uso ou manejo do tema droga ao longo da história, tais como: adição, dependência, toxicomania e vício. Em seguida, é realizada uma reflexão sobre a dimensão cultural e social da concepção de droga, na tentativa de possibilitar um debate que amplie as análises sobre o que é droga e sua compreensão ao longo dos séculos. Para finalizar, será tratada a relação entre droga e religião, apresentando o debate sobre o uso das “plantas mágicas” em rituais religiosos, como a *ayahuasca*, por exemplo; a discussão sobre as Comunidades Terapêuticas (CTs) como instituições de acolhimento aos usuários de drogas, segundo a Lei 13.840, de 2019, e concepção majoritária tem referenciais religiosos para ação (IPEA, 2017).

1.1 Conceituando os usos de drogas

Partindo da compreensão de que historicamente o conceito droga é empregado para diversas substâncias e usos, cabe pontuar as mudanças que se incorporaram a ele, bem como os conceitos que surgem a partir dele. Inicialmente temos a seguinte definição de droga, identificada por Carneiro (1994, p. 02): “[...] o conceito de droga, contudo, era vago e abrangente. Substâncias fantásticas e mágicas como o chifre de unicórnio e a pedra bezoar perfilavam-se com plantas e substâncias de origem animal e até mesmo humana, como o uso medicinal de ‘múmia’”.

Outra reflexão relevante é “que interferem quimicamente com processos fisiológicos, produzindo estados de consciência alterada. Entre essas drogas encontramos excitantes, sedativos ou alucinógenos, mas todas têm em comum a virtude de saciarem apetites do corpo e do espírito” (CARNEIRO, 2002, p. 14). Ou ainda, Carneiro (2005, p. 11) afirma “que significava produtos secos e servia para designar, dos séculos XVI ao XVIII, um conjunto de substâncias naturais utilizadas, sobretudo, na alimentação e na medicina”.

Henrique Carneiro, em seus estudos históricos sobre a concepção de droga, apresenta análises, como as citadas, sobre as substâncias que carregam consigo um poder de

transformação e uma relação com a cultura, pois, para muitos, a compreensão de que o conceito de drogas está relacionado à fantasia, produtos químicos e secos atravessa a história e remete a substâncias importantes para a cultura, religião e nutrição de um povo; e não aquelas “substâncias naturais utilizadas, sobretudo, na alimentação e medicina. Mas o termo também foi utilizado na tinturaria ou como substância que poderia ser consumida por mero prazer” (CARNEIRO, 2005, p. 11). Assim como Sequeira (2006), o qual afirma que a droga é um elemento ou substância seca com propriedades importantes, que, em determinado momento, foi reduzida a compreensão de algo “tóxico” ou até mesmo perigoso ou não perigoso, ilícito ou lícito, benigna ou danosa. “É a representação social que é tóxico da droga. Em si mesma, reduzida às suas características agrícolas ou físico-químicas, cada droga não é mais do que o seu primeiro sentido etiológico: uma coisa seca” (SEQUEIRA, 2006, p. 08).

Como afirma Escohotado (2004), na Grécia antiga a droga era compreendida como algo que tem a capacidade de vencer o corpo, ou seja, envenenar. Nessa perspectiva, o conceito droga se apresenta entre o material e o imaterial, o milagroso e o prosaico, pelo jogo de um mecanismo puramente químico, pois certas substâncias permitem ao homem dar sensações comuns da vida e sua maneira de querer e pensar de uma nova maneira. Embora o efeito dessas substâncias seja parcial e transitório, possibilita mudanças de humor e redução da aflição e da apatia. Para o autor, isso explica o porquê de, desde o início dos tempos, as drogas serem consideradas um dom divino, de natureza fundamental e mágica.

Outra definição muito encontrada nas teses sobre o tema é “(...) uma substância, natural ou sintética, capaz de mudar os estados de consciência, como, por exemplo, a maconha, a cocaína, a heroína, o ópio, o álcool ou os remédios psicotrópicos” (BERGERON, 2012, p. 13). Podem ser classificadas, ainda, como depressoras, estimulantes, psicodélicas ou psicotrópicas, de acordo com o efeito durante uso prejudicial. Entende-se que,

As drogas psicodépressoras, que se caracterizam por sua ação calmante, soporífera e ansiolítica: o álcool, as drogas à base de ópio (ou opiáceos), barbitúricos, tranquilizantes (sedativos ou hipnóticos) ou solventes (éter e terebintina; 2) as drogas psicoestimulantes, como a cocaína e seus derivados, o crack, as anfetaminas, o ecstasy, e até mesmo a cafeína, o khat ou a nicotina; 3) as drogas psicodislépticas, que apresentam efeitos alucinógenos, como o LSD, alguns cogumelos e o haxixe; 4) por fim, certos remédios com efeitos psicotrópicos (BERGERON, 2012, p. 13).

A relação com as substâncias possibilitou o surgimento de outros conceitos, como os de adição, dependência e toxicomania. Desse modo, compreende-se que o uso de drogas resultaria na toxicomania, a intoxicação por uma substância. Essa, por sua vez, causaria

dependência, que se trata como a impossibilidade racional de se deixar de usar com facilidade; diante da capacidade aditiva de algumas drogas, o que resultaria em uma adição.

O vocábulo “adição” [addiction], termo jurídico de origem francesa, se aplicaria ao mesmo tempo a um largo espectro de produtos e atividades, ao passo que a toxicomania diria respeito apenas às substâncias psicoativas ilícitas (BERGERON, 2012, p. 16).

Para Sequeira (2006), a compreensão sobre a adição possui uma relação direta com o consumo abusivo de drogas entendidas como psicoativas, as quais causam “dependência”. O termo *adicto* apresenta a ideia de tornar-se escravo de algo que não se consegue deixar para outro fazer. “Portanto, um *addictum* era aquele que se assumia como marginal; alguém que, fatal ou voluntariamente, fora jogado numa condição inferior à que tivera até então” (SEQUEIRA, 2006, p. 07).

O debate sobre o conceito de droga também é permeado pela leitura do senso comum, segundo a qual tais substâncias possuem um poder arrebatador e moralista que ataca os sujeitos em sua psiquê e no seu corpo, sobretudo os mais vulneráveis social e economicamente, deixando de lado a compreensão da droga como sinônimo de prazer, cultura e religiosidade.

Nessa direção, apresenta-se, assim, o sujeito “drogado”, outro conceito relevante para este debate, como aquele que “perdeu as qualidades essenciais que fazem um sujeito social digno e respeitável” (BERGERON, 2012, p. 18). Aquele que possui um perfil que nega valores essenciais e afirma a decadência moral e social, a compulsão, a irresponsabilidade e a animalidade; sendo escravo de si mesmo; diante do consumo das “substâncias malditas”.

Todavia, é importante relativizar tais apontamentos de Bergeron (2012), pois o uso de drogas não se coloca necessariamente conforme apresentado acima, como se existisse uma regra para a adição, dependência e toxicomania. Muitos autores não utilizam tais conceitos para a compreensão do uso prejudicial de drogas, pois sua compreensão perpassa apenas a relação da droga com o sujeito, independente de classificações e nomenclaturas.

Também cabe a ponderação sobre a distinção entre drogas e fármacos, uma vez que possui uma relação direta com o sistema jurídico, político e punitivo. Nota-se que tal distinção leva à legitimação de um sistema regulador de algumas drogas, gerando, assim, a existência de drogas legais ou ilegais.

Alguns fármacos são mais danosos que outros, mas todos possuem uma relação de causas e efeitos. Logo, para autores como Sequeira (2006), a compreensão aproximada entre

droga e fármaco apresenta uma ambivalência em seu conceito, diante da relação entre “fazer bem ou fazer mal” e a linha tênue, apresentada por Escotado (2004), entre remédio e veneno, bênção e maldição, pois apresenta a relação explícita entre necessidade humana (euforia e bom humor) e intoxicação (aguda e crônica).

Sendo assim, a indústria farmacêutica e a produção de fármacos ganham espaço com o avançar da Revolução Industrial e com o poder médico, na produção de substâncias que negam essa mesma ambivalência constitutiva dos fármacos, ou seja, a mesma substância psicoativa, conforme a dosagem, pode gerar a euforia e a tristeza, a cura e a intoxicação.

Diante disso, Carneiro (2001) apresenta uma crítica relevante à produção médica e farmacêutica no efeito da alteração do humor e nas psicomotricidades; ocasionando efeitos colaterais importantes diante do uso indevido, deixando clara a relação medicamentosa como uso de drogas e com efeitos similares às drogas entendidas como ilícitas. Para esse autor, “a diferença é que os antidepressivos agem em doses regulares num longo tempo e têm um efeito discreto e pouco notável enquanto os psicodélicos agem em doses únicas e possuem um efeito intenso e extraordinariamente notável” (CARNEIRO, 2008, p. 79).

Nota-se a consolidação da liberação da produção de drogas para cura da depressão, da tristeza, da ansiedade e da euforia, no mesmo momento em que se proíbem drogas que “elevem o humor até a euforia” e ainda liberam uma das que mais mata ou deixa vítimas pelo uso prejudicial: o álcool.

“Mas a esfera última de decisão sobre o uso de drogas na gestão da felicidade e da tristeza faz parte do núcleo mais último e essencial da liberdade de escolha, de expressão e de gestão de si.” (CARNEIRO, 2008, p. 80). Diante disso, cabe reafirmar a necessidade de compreensão do uso de drogas como uma escolha autônoma, a qual precisa ser pensada na sua relação com o risco de minimizar o debate e ampliar os estigmas do uso da droga.

Todavia, a medicina vê o uso de drogas, objetos da ilicitude, como algo negativo, diante da possibilidade de dependência, compreendida como algo perigoso e oportuno, atravessada pela periculosidade da abstinência, diante dos quadros físicos e de sofrimento causados. Para Fiore (2008, p. 146).

As drogas, mais do que uma sensação efêmera de prazer (ilusão), são capazes de produzir prazeres reais que, no entanto, são meros resultados de desajustes artificiais no funcionamento “normal” do corpo humano: e as drogas dão uma espécie de curto-circuito, dão ao corpo uma espécie de prazer sem que ele exista. Dão uma ilusão química do prazer.

O consumidor de droga, em sua maioria, possui uma relação prazerosa com a substância apesar da polêmica que se faz diante desta sensação e dos riscos que são enaltecidos ao se tratar desse tema. Entende-se que “consumir drogas pode proporcionar um tipo de prazer, mas ele é portador de negatividades intrínsecas” (FIORE, 2008, p. 145).

Já o conceito de dependência química, recorrente no senso comum, tem uma pretensão de se sustentar no corpo da ciência, conforme apresentado por Tozati (2015), pois compreenderia um transtorno psiquiátrico que se caracteriza da seguinte forma:

Por aspectos genéticos e neurobiológicos; comorbidades psiquiátricas; estrutura psicológica do indivíduo e seus recursos de defesa para o manejo das emoções e de situações desestabilizadoras; oferta e disponibilidade da droga; tipos de substâncias e via de administração; histórico familiar de uso; problemas familiares; estresse e eventos traumáticos ao longo da vida; dentre outros (TOZATI, 2015, p. 15).

A dependência vem sendo pensada a partir da compreensão da ausência de um controle psíquico, que, em contato com a droga, apresenta a possibilidade de uma satisfação no ato do uso prejudicial, contínuo, periódico e desmedido, encontrando no impulso para o uso a característica da não possibilidade de deixar o consumo de uma ou várias substâncias.

Para a neurociência, a dependência pode ser caracterizada como dependência física ou psíquica. Por outro lado, Sequeira (2006, p. 11) afirma que essas diferenciações “parecem difíceis de separar claramente, e foram por isso, posteriormente englobadas num só termo: farmacodependência”, ao se tratar dos fármacos. O referido autor faz essa afirmação a respeito da relação entre uso de qualquer substância que se enquadre no conceito de psicoativa.

Com o processo de patologização do uso de drogas e a “evolução do conceito de fármaco”, o conceito de drogas foi ancorado na definição de psicoativos, diretamente ligado ao processo de avanço tecnológico da indústria farmacêutica e química, cujos produtos possuem o alvará do médico para uso e, assim, têm como caminho inicial de análise a possibilidade para ultrapassar limites, barreiras e hábitos.

Os usos das substâncias psicoativas, no século XIX, imprimiam a compreensão de um desvio moral, social e criminal para o toxicômano ou intoxicado (TORCATO, 2016). Isso ocorria, pois a medicina do século XIX entendia por substâncias psicoativas “drogas que alteram o comportamento, a consciência, o humor, a cognição e a percepção, devido sua ação no sistema nervoso central” (TOZATI, 2015, p. 15).

O conceito de psicoativo mostra o debate sobre a toxicomania e é no início dos anos de 1920 que no Brasil, o conceito de toxicomania ganha corpo através da concepção da medicina sobre o uso de álcool e a influência norte-americana para a proibição dessa substância.

Portanto, a Lei Federal 4.294, de 1921, ratificou o início da trajetória moderna do Brasil na produção legislativa alinhada à “matriz proibicionista” às drogas, diante de um cenário nacional favorável à interseção entre forças da saúde pública e da segurança pública. No entanto, a composição dessas forças investiu na criminalização do tráfico ilícito do uso não terapêutico de certas drogas – cocaína, ópio e seus derivados –, cujos “traficantes” eram compostos por “cafetões, prostitutas, cafetinas, estrangeiros e profissionais da saúde “corrompidos pela cobiça” (LIMA, 2009, p. 203).

Na década de 1930, o então presidente Getúlio Vargas lançou um decreto para a regulamentação da venda de tais substâncias tóxicas, pois, naquele momento, a medicina compreendia que o uso de tóxicos seria um caminho para a degeneração orgânica e moral dos sujeitos, marcando, assim, a decadência da humanidade.

Torcato (2016) assinala o estigma de que o uso de substâncias “tóxicas” faz com que exista uma distinção entre os seres humanos: aqueles para quem o fim seria o egoísmo social, a ausência de religiosidade, o homicídio, problemas familiares, doenças, intoxicações, dentre outras. Essa abordagem não apresentaria, explicitamente, uma distinção entre classe social, raça ou gênero, mas sim uma diferenciação na vida desses sujeitos diante da sua degeneração orgânica e moral, ou seja, seria o mal para o corpo e para as relações sociais.

A questão da toxicomania nos leva a considerá-la uma expressão singularmente grave e perigosa de um conjunto de práticas individuais e coletivas destrutivas e autodestrutivas. Tais práticas se caracterizam pela negação da alteridade, pela transformação do outro num objeto e, em certa medida, pela transformação do próprio sujeito em objeto (PLASTINO, 2000, p. 135).

Torcato (2016) ressalta que nos anos de 1930, a compreensão médica era de que o avanço sobre a intervenção dos “degenerados” precisava caminhar através da regulamentação da medicina, formando bons médicos, além de uma legislação mais eficaz, que garantisse a prisão ou internação desses sujeitos.

Outro conceito relevante, mas pouco abordado nos estudos, é o de vício, o qual, segundo Giddens (1993, p. 88), é compreendido como “uma incapacidade de administrar o futuro”, logo “uma patologia de autodisciplina”. Essa incapacidade leva à busca incessante

por “sensações raras” e à existência de um ser degenerado ou viciado. Sendo assim, a palavra vício afirma a culpa do usuário de drogas, descartando uma análise sobre a relação da substância com outras questões de ordem social, econômica e política.

Sendo assim, os usos de drogas e os conceitos que circunscrevem o tema têm sido abordados através da influência de um conjunto de saberes que têm efeitos sobre os conceitos e gera implicações sociais, legais e políticas, as quais reforçam o processo de criminalização e estigmatização do tema droga.

Os autores estudados nessa sessão demonstram uma preocupação em afirmar que os conceitos apresentados – tais como: adição, dependência, toxicomania, vício – apresentam, majoritariamente, um julgamento moral e criminalizante, ao ser empregado ao lado da palavra droga.

Todavia, como já apresentado, Carneiro (2008) mostra que o uso de substâncias é baseado em decisões pessoais, compreendidas por ele como autonomia. Porém, em alguns casos, pode basear-se em decisões do outro (a ordem médica), nesse caso, a heteronomia, ou seja, é necessário na compreensão da autonomia “a natureza da liberdade humana em poder decidir e escolher, pois o sujeito sem escolha seria um sujeito alienado na sua liberdade e autonomia, e assim seria o sujeito drogado. Compreende-se o “estereótipo do drogado”, segundo Carneiro (2008) como o “escravo de si próprio”, pois “a gestão de si, a apropriação de si, do domínio do próprio corpo e pensamento como esfera precípua da existência assume a relevância de um paradigma de liberdade” (CARNEIRO, 2008, p. 72).

Diante disso, cabem algumas reflexões sobre duas das principais formas de ferir a autonomia dos sujeitos e, assim, sua escolha pelo consumo de substâncias, que são: a indústria farmacêutica e sua legitimidade através do poder médico; e o marketing na produção fetichizada da mercadoria como objeto compulsivo de aquisição. Logo, “os modos excessivos e autodestrutivos de consumo de fármacos (assim como de outros produtos, sejam alimentos, roupas ou automóveis) nas formas ‘viciadas’, ‘aditivas’ ou ‘toxicomaníacas’ são apenas uma modalidade de uma atitude generalizada” (CARNEIRO, 2008, p. 77).

Entretanto, a droga, compreendida como uma mercadoria, pode ser noticiada em diversos espaços que vão além dos espaços da loucura, do crime e da opressão, pois na produção capitalista encontramos possíveis “vícios” que vão além das substâncias que causam “alteração” de humor e percepção. Diante disso, existe uma produção diária de meios alucinógenos em nossa sociedade, os quais não sofrem censuras e sim são reforçados pela lógica do capital. Enquanto, de outro lado, existe um forte impedimento do uso de outras

mercadorias, por serem juridicamente reconhecidas como ilícitas. Façamos, então, uma incursão sobre os sentidos dados culturalmente aos usos de drogas.

1.2 Dimensão social e cultural sobre os usos de drogas

O uso de drogas ao longo da história apresenta uma dada compreensão sobre o que é droga na relação com diferentes substâncias e formas distintas de uso, bem como mostra uma terapêutica e uma moralidade que regulamentam o uso ou não das drogas

(...) o significado de “drogas” é historicamente polissêmico, tendo sido utilizado tanto para aquilo que se ingere como alimento como para aquilo que se ingere como não alimento – e até mesmo, em algum instante, para substâncias absolutamente indigestas, dependendo do tempo e do lugar em que fora empregado (ALARCON, 2008, p. 84).

Com o avançar do século XIX, tem-se o papel do juiz para julgar, criminalizar e punir o uso de determinadas substâncias, pois com a criminalização das drogas através da distinção entre “bom ou ruim”, “lícito ou ilícito” na construção de uma ordem jurídica que penaliza os corpos pelo uso de drogas e distancia da arena de debate a discussão cultural, religiosa e moral do surgimento e uso de substâncias.

Ao mesmo tempo, sob o “estatuto médico-jurídico”, se proíbem drogas que “elevem o humor até a euforia” para permitir o uso de algumas substâncias, pois o processo proibicionista passa a afirmar que apenas a Medicina e o Direito são capazes de gestar sobre o uso de drogas e, conseqüentemente, sobre seus corpos.

Outro ponto relevante no debate da questão era a ausência de um conceito sobre o que seriam essas drogas. Durante muito tempo apenas se afirmava ser algo mágico, fantasioso, festivo e medicinal, conhecido como as “plantas mágicas”. Já no século XVI, com a busca pela expansão territorial da Europa em direção ao Oriente e às Américas, tem-se a troca dessas substâncias nos continentes e o aumento no uso de substâncias entendidas como drogas, diante da sensação e sabor que proporcionavam. Essas substâncias eram especiarias asiáticas, ópio, papoulas, tabaco, cacau, açúcar, dentre outras. Algumas tinham a função de dar sabor e aroma, outras serviam para cura e questões religiosas, mas todas marcadas pelo poder de transformação de algo ou alguém.

A partir do mercantilismo, as “plantas mágicas” (coca, tabaco, café, pimenta, noz moscada etc.) e seus derivados artesanais (ópio) participaram como

especiarias das trocas mercantis entre Ocidente e Oriente e se inscreveram em processos de colonização enquanto mercadoria-dinheiro (LIMA; CARRILHO; TAVARES, 2013, p. 04).

A história das grandes navegações se dá, em grande medida, pela busca por essas drogas e assim impulsiona o comércio dessas substâncias, como respostas às necessidades territoriais. Esse processo possibilitou também a produção de aproximação entre povos. Como exemplo, as “drogas quentes” das Índias (pimenta, canela, cravo etc.), servindo como aquecedoras para as regiões frias. No Brasil, têm-se as chamadas “drogas ordinárias”, como açúcar, algodão e tabaco, as quais também possuem grande potencial para os espaços mais frios, a exemplo de Portugal. Logo, regionalmente temos a produção de substâncias que dão sabor, aroma e aquecem, contribuindo para a compreensão de que “os portugueses se lançaram a uma aventura marítima e comercial para abastecer a Europa das drogas” (CARNEIRO, 2005, p. 13).

No Brasil, as duas drogas mais importantes dos dois primeiros séculos da colônia foram o pau-brasil e o açúcar. Além dessas duas, entretanto, as Índias ocidentais recém – descobertas logo se tornaram fonte de outras drogas quentes e aromas balsâmicos: copaíba, quina, ipecacuanha, cabreúva, pedras bezoares de antas e de porcos – espinhos, cacau, tabaco e etc. (CARNEIRO, 2005, p. 13).

As “plantas mágicas” proporcionaram um caminho de troca de mercadorias entre continentes através das grandes navegações, possibilitando a construção de um comércio geoeconômico e geopolítico dessas mercadorias, o qual acontecia para responder a demandas econômicas, coloniais, culturais, religiosas e nutricionais e possibilitou a circulação dessas drogas entre os continentes. Sendo assim, a droga acompanha e participa ativamente dos processos históricos, das necessidades dos sujeitos, atores sociais e afirma tradições, modos de vida, cultura e religiões.

Portanto, o uso de drogas apresenta diferentes funções e sentidos, que não se encerram no uso de determinada substância, ao contrário, se afirma em um conjunto de relações que ultrapassa o uso em si. Logo, o tempo presente ou o tempo do uso possui uma relação cultural com diversas substâncias bem como carrega visões antagônicas sobre seu significado e funções.

Observa-se que, ao longo da história Ocidental do século XX, ocorre um processo de “negativação” do conceito droga, ocorrendo, como afirma Alarcon (2008), uma legitimação da relação de tais substâncias àquilo que é danoso, criminal e viciante. Tal perspectiva

abandona toda a importância cultural, religiosa e nutricional da droga ao longo da história e que as tornam diretamente ligadas às necessidades humanas.

A grande maioria das drogas apresenta relação com ritos de sociabilidade, cura, prazer, devoção e divindade (CARNEIRO, 2002). Diante disso, a quem caberia definir as necessidades humanas? As necessidades são respondidas e produzidas no cotidiano, assim como impulsionam a sociedade capitalista através da sua resposta pelo consumo, segundo Marx (2013). No entanto, cabe pontuar que nem sempre essas respostas se deram através de uma lógica do capital. Tal fato é compreendido no que se refere à necessidade do uso de drogas, ao pensarmos o uso das “plantas-mágicas”, pois é marcado por uma resposta às necessidades autônomas e heterônomas ao longo da história, as quais se afirmam através do uso dessas substâncias e não apenas por sua mercantilização.

Inicialmente, o uso e troca dessas plantas não se caracterizava como comércio e sim a troca para a realização de cura e celebrações culturais, religiosas ou festivas, sem a compreensão da droga como problema. Com o desenvolvimento das forças produtivas, do capitalismo e da química no século XIX, temos a necessidade de reconhecer essas substâncias como mercadoria, tornando-as um problema societário (LIMA, 2009).

(...) as drogas são um fenômeno complexo, com sentidos distintos atribuídos ao seu valor de uso e depois ao seu valor de troca, cuja história é determinada por tramas produzidas por interesses também exógenos à produção, comercialização e consumo dessas substâncias (LIMA; CARRILHO; TAVARES, 2013, p. 05).

Diante disso, a compreensão sobre o conceito droga está relacionada ao comércio dessas substâncias como impulsionadoras da construção de uma potencial mercadoria para o consumo. Assim, relaciona-se à formação de um mercado consumidor em cada época para cada droga, o qual impulsiona múltiplos significados na relação entre venda, compra e consumo de tais mercadorias, como: componentes jurídico, econômico e fiscal; compreensão terapêutica e médica; e criminal (POIARES, 1999). Nesse sentido, destaca-se a relevância da contextualização histórica e cultural do uso de drogas, como caminho para a compreensão do significado da inserção da droga na sociedade capitalista, sobretudo na sociedade contemporânea, e para o debate sobre uso prejudicial. Afinal, a droga “impulsiona o nascimento do comércio”, como bem afirma Carneiro (2005, p. 12), pois é na relação entre acesso às especiarias, tintas, óleos, raízes, plantas exóticas dentre outros, que se forma uma busca por diferentes drogas em espaços diversos nos continentes.

Podemos dizer que o comércio das drogas no período de acumulação primitiva do capital participou da exploração colonial e, no caso do Brasil, foi fundamental no circuito da escravidão, portanto, da diáspora africana.

Nesse contexto nasce o “tráfico de drogas” como respaldo para o sistema mercantil moderno (CARNEIRO, 1994, p. 87). Um tráfico desmedido e truculento para o progresso, conforme aponta Carneiro (2002), diante da transformação do luxo em necessidade e desejo. Necessidade e desejo por seda, pérola, pimenta, açúcar, chocolate, tabaco, chá, café, ópio, sândalo, cravo e canela; que deixam de ser de um continente e passam a ser de todo o mundo, tornando o tráfico uma área relevante para a resposta a essas necessidades através da pirataria, saques, extermínio genocídio e do renascimento da escravidão.

(...) a palavra droga representou, no contexto colonial um conjunto de riquezas exóticas, produtos de luxo destinados ao consumo, ao uso médico e também como “adubo” da alimentação, termo pelo qual se definiram o que hoje chamamos de especiarias (CARNEIRO, 2005, p. 14).

Compreende-se que tais substâncias possuem um “fetiche sensorial”, “no sentido de mercadorias que possuem uma alta concentração de valor comercial devido à alta densidade do seu impacto sensorial” (CARNEIRO, 1994, p. 86). Diante disso, observa-se o poder da droga como mercado tem relação direta por ser uma novidade, ou seja, de apresentar raridade na cor, sabor e odor, e a capacidade de tais substâncias impulsionarem os sentidos.

O alvorecer do século XVI encontrou nessas substâncias o símbolo fetichístico de uma ambição crescente que envolveu todo o mundo num único e voraz sistema comercial. (...) Uma primeira guerra verdadeiramente mundial será travada entre Portugal e Holanda, pelo controle do tráfico. A Holanda vencerá na Ásia, e Portugal no Brasil (CARNEIRO, 1994, p. 86).

Cabe pontuar que diante das substâncias aqui apresentadas não existe uma distinção entre elas e comida, assim como em algumas culturas não se distinguem alimento e remédio, podendo, os mesmos ter importância nutricional e medicinal. Tal distinção é iniciada pelo controle político e jurídico, que força a diferenciação no uso das drogas e, assim, força essas comunidades a repensarem o uso cultural, assim como o uso religioso.

Ao observar o surgimento das drogas, nota-se uma variedade imensa, tanto na composição conceitual quanto na cultural e religiosa, fazendo assim a assertiva da diferenciação da compreensão sobre alimentos. Logo, compreender a natureza de substâncias

como álcool, açúcar, café, ayahuasca dentre outras é compreender a construção social, cultural, econômica e religiosa de uma sociedade.

Entre os séculos XVII e XVIII, o uso de drogas era para poucos e isso avança ao longo do século XIX. Alguns estudos como os de Carneiro (2008), Rodrigues (2008) e Vargas (2008) apontam que tal fato tem relação direta com a comercialização das substâncias. Mas deixa claro que o acesso a elas possui um traço de classe, em função de interesses econômicos, políticos e ideológicos. Por exemplo, o álcool passou a ser direcionado à classe trabalhadora para seu silenciamento diante das precárias condições de trabalho, no Pós-Revolução Industrial. Posteriormente, a cocaína surge como substância prescrita para o tratamento da ansiedade e depressão, tornando-se uma droga da moda nos anos de 1860, assim como parte da composição de bebidas, como o Vin Mariani e a Coca-Cola. Diante disso, o uso de drogas cresce com cunho medicamentoso e de prazer, haja vista a morfina, heroína, LSD, benzodiazepínicos etc.

A expectativa de que as anteriores 'plantas mágicas' (coca e papoula), naquele momento, tendo sofrido a extração de seus potentes alcalóides, pudesse evitar dores físicas (ex.: morfina) e psíquicas (ex.: cocaína) foi recebida com grande entusiasmo naquele século (LIMA; CARRILHO; TAVARES, 2013, p. 04).

No século XIX, nos países ricos da Europa Ocidental, aumenta o uso medicinal e a cultura farmacológica de algumas substâncias, bem como a produção de álcool destilado e o avivamento da utilização de plantas para cura de doenças como o ópio, reintroduzido para uso anestésico, de forma ponderada, no entanto, proibido para o uso religioso (CARNEIRO, 1994).

O uso das “plantas mágicas” cresce no século XIX e, em algumas civilizações, a exemplo de alguns países europeus, essas plantas eram entendidas como feitiçaria. Já os árabes, compreendem as plantas como caminho de cura⁸.

Portanto, observa-se uma contradição no entendimento do uso de algumas plantas com o objetivo de cura e seu processo de industrialização para a produção de medicamentos. O que não acarreta facilidade para o uso de outras plantas no contexto cultural e religioso, pois algumas plantas passaram por um processo de proibição para os usos.

Notamos que há a a liberação de substâncias como o ópio e a folha de coca, em detrimento de outras e, nesse sentido, cabe uma leitura crítica do porquê de tais substâncias –

⁸Entende como o desenvolvimento de uma farmacopeia, pois “uma grande parte das plantas e substâncias dessa época possui etimologia árabe ou arabizante” (CARNEIRO, 1994, p. 89).

e não outras – terem sido liberadas para uso no século XIX. Tal fato pode estar relacionado à ação anestésica das dores físicas produzida pelo uso do ópio (extraído da papoula), o qual foi usado para anestésiar e/ou anemizar as dores dos combatentes durante a guerra. Do mesmo modo, o uso de coca, já citado, foi prescrito para o tratamento dos sintomas de ansiedade e depressão.

Diante dos resultados desses usos, essas plantas passaram a ser amplamente usadas pela indústria farmacêutica, sob o poder do capital, para a produção de fármacos voltados ao apaziguamento de dores e sensações desagradáveis. Contraditoriamente, essas drogas carregam em sua composição substâncias proibidas para o livre comércio em todos os continentes e apresentam resultados iguais ou similares aos das drogas não comercializáveis. Nota-se o crescente comércio industrial de algumas substâncias a partir da indústria farmacêutica a qual também passará a determinar qual droga se pode ou não usar a partir do “alvará” médico.

No século XX o consumo de drogas ganha grande potencial mercantil, na mesma medida que ganha a oficialização do proibicionismo. Cabe pontuar que a proibição sempre foi presente, mas o que se trata como proibicionismo avança em um olhar internacional sobre a regulamentação legal e institucional do uso de algumas substâncias (CARNEIRO, 2002).

Diante disso, como afirma Carneiro (2005, p. 16), “o controle do fluxo dessas mercadorias tão importantes na história da humanidade articula interesses econômicos, políticos e culturais”, pois, com o desenvolvimento social e capitalista, inicia-se a necessidade de uma maior regulamentação das drogas para atender aos interesses do capital (relação entre proibição e controle). Igualmente, o “controle dos hábitos populares tornou-se objeto de corporações policiais, teorias médicas, psicólogos, industriais, administradores científicos” (CARNEIRO, 2015, p. 18).

Tal controle é presenciado desde o início do século XX, com a onda proibicionista, a qual se inicia com a proibição do comércio e uso do álcool na Lei Seca⁹ nos EUA (entre 1920 e 1933) e o Movimento de Temperança na Europa¹⁰; e a grande regulamentação legal, a qual

⁹ A Lei Seca marca o período de 1920 até 1933 com a proibição da fabricação, venda e consumo de bebidas alcoólicas nos EUA através da 18ª Ementa Constitucional dos Estados Unidos, tem influência do Movimento de Temperança europeu e inicialmente uma “preocupação” com o mundo do trabalho e potencial produtivo que era afetado pelo alto consumo de álcool. Observa-se que tal proibição possibilitou o surgimento de produção, venda e consumo clandestino de bebidas alcoólicas. A revogação da medida foi dada a partir da compreensão de que a bebida alcoólica possui um comércio importante e é funcional para o mundo do trabalho, nos momentos de lazer da classe trabalhadora (SAÁD, 2001).

¹⁰ Na Europa, um pouco antes do final do século XIX, o Movimento de Temperança é caracterizado como um movimento social que busca pressionar o Estado por leis antialcoólicas e possui importante influência da Igreja Protestante para a disseminação de uma moralidade religiosa que apregoe a abstinência do álcool (SAÁD, 2001).

determina qual substância pode ser ou não consumida. Tais medidas de controle fizeram com que grande parte das plantas de uso medicinal, religioso ou cultural passasse por uma regulamentação estatal. Logo, o avanço comercial da droga possibilitou uma regulamentação sobre ela e tornou, para alguns segmentos sociais, a proibição do seu comércio, sobretudo as entendidas como “alucinógenas”, mostrando assim uma grande “perseguição” às drogas de uso religioso (ou sagrado).

A discriminação das substâncias obedece a injunções culturais e econômicas. Embora o álcool tenha sido vítima da primeira lei seca norte-americana, ele em geral é tolerado nas sociedades ocidentais, assim como o tabaco, enquanto substâncias reconhecidamente mais inócuas como os derivados da canábis mantêm-se sob interdição. O julgamento da legitimidade ou não destas necessidades é arbitrariamente estabelecido. [...]O cigarro, por exemplo, desde a guerra da Criméia incorporou-se à ração dos exércitos e aos hábitos populares, o chá e o ópio à dieta da Inglaterra vitoriana, e o álcool na forma do vinho, da cerveja e dos destilados continua sendo a bebida nacional de muitas nações (CARNEIRO, 2002, p. 04).

A lógica do direito de escolha pelo uso de determinada substância vai sendo cerceada com o avançar do proibicionismo, mesmo entendendo que a droga é uma mercadoria e que estamos inseridos em uma sociedade de consumo. Logo, o movimento de tornar algumas substâncias em drogas ilícitas faz-se neste meio um mecanismo “autorregulatório” e de “autocontenção”, os quais impossibilitam aos sujeitos o uso da droga.

O consumo de drogas não é autonomamente franqueado aos indivíduos, mas regulamentado, normatizado, vigiado e, ao mesmo tempo, impingindo, estimulado, propagandeado. Se algumas substâncias são proibidas e perseguidas, outras são vendidas e exaltadas (CARNEIRO, 2005, p. 22).

O uso de drogas vai além de um processo químico, trata-se de uma “plasticidade da subjetividade”, ou seja, busca ampla transformação de si, da consciência, cognição, afetividade e humor. Logo, a “consciência alterada por meios técnicos” (CARNEIRO, 2008, p. 77).

(...) as substâncias tóxicas compõem uma questão estrutural, transversal e multicultural da sociabilidade humana, e os conhecimentos antropológicos até hoje alcançados não permitem visualizar a possibilidade real de sua eliminação (MINAYO, 2003, p. 16).

Diante disso, pensar a droga e sua relação com a história, a cultura e a religião promovem um tensionamento da relação entre legalidade e abolição da droga bem como dos hábitos e costumes que a cercam (RODRIGUES, 2008).

O proibicionismo, a partir do século XX, trouxe a afirmação da separação na produção dos produtos, tais como: a indústria farmacêutica, do álcool, do tabaco dentre outras, colaborando assim para o surgimento do comércio clandestino e aumento da violência. Assim como, a compreensão do tema droga como uma questão de saúde pública e segurança pública, atrelada a compreensão dos riscos sociais e de saúde que podem advir do uso prejudicial de tais substâncias psicoativas e o processo de criminalização da produção, venda e uso de drogas tornadas ilícitas.

A separação sobre o que é proibido para o comércio cresce junto com a violência e a clandestinidade da produção e venda, pois, como já citado, na compreensão da droga como mercadoria se coloca a existência de um investimento cotidiano na busca por lucros e mercado a despeito da ilicitude. Nessa direção, temos o enaltecimento do problema do uso de drogas como um fenômeno de cunho individual, tornando-o um problema de base moral e que requer ajustes, abandonando a compreensão da droga como uma questão trans-histórica, cultural e religiosa.

1.3 Drogas e religião

Para compreender o processo de constituição e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no cuidado de usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, consideramos importante explorar a relação entre droga e religião, não só como um fenômeno que poderá ser observado em nível local, mas que está na ordem do dia no Brasil (IPEA, 2017).

Entende-se que o uso de drogas “vincular-se-ia à observação de redes sociais que organizam na produção, distribuição e consumo, bem como a conjuntos de crença, valores, estilos de vida e visões de mundo que expressariam modos particulares de construção social da realidade” (VELHO, 1994, p. 23). Para Velho (1994), o uso de drogas só pode ser apreendido na relação entre “variados grupos, categorias sociais e indivíduos que consomem drogas de modo diferenciado” (VELHO, 1994, p. 24). Tal perspectiva mostra que o uso de drogas pode ocorrer de diversas maneiras e em diferentes culturas pode representar, também,

um caráter religioso; através de ritos diferenciados para o acesso, uso e regulação das substâncias.

Essas substâncias, como apresentado na sessão anterior, carregam consigo o poder de transformação do olhar, da sensação, do prazer e do estar no mundo. Logo, as culturas Inca com a coca, a chinesa com o ópio e algumas comunidades da região amazônica com a ayahuasca utilizavam tais plantas para o acesso ao divino, à fé, ao sagrado e a novas experiências de vida. No entanto, o proibicionismo no século XX ameaça o estatuto esse uso antropológico, ritualizado e religioso.

A compreensão social e cultural de plantas para terapia, cura, religiosidade e cultura, segundo Gomes (2016), mostra a reflexão popular de que se tratam de “plantas de poder”, ou seja, a compreensão popular externa o poder que as plantas possuem para o trato dos sujeitos que a utilizam como fonte de produção de sabedoria e conhecimento. Para muitos, são as “plantas professoras”. No entanto, a nossa sociedade tem uma visão cultural refratária sobre os saberes dos povos originários e dos que se integraram no processo de colonização, dificultando a compreensão da importância da ayahuasca em nossa civilização e reforçando as ações de cunho proibitivo e punitivo.

Ademais, o debate sobre a regulamentação não punitiva ou sobre a criminalização dos usos da ayahuasca demonstra a dificuldade dos conhecimentos advindos das ciências sociais e da teoria social crítica em participar da apreensão plural do fenômeno das drogas, historicamente, hegemonizado pela psiquiatria, pela justiça criminal e, também, por setores religiosos contrários aos ritos sagrados de origem popular.

Nesse sentido, outro ponto de relevante debate sobre a entrada da religião no tema droga é o surgimento das Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil e sua forte relação com as igrejas protestantes e católicas.

A percepção inicial das CTs se deu na Inglaterra, com Maxwell Jones, em meio a uma reforma psiquiátrica pós Segunda Guerra Mundial, com a pretensão de humanizar e conservar os hospitais psiquiátricos, por meio da horizontalidade das práticas médicas e da construção de intervenções terapêuticas através de grupos com foco na abordagem educativa e teatral nos hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, existe uma confusão entre hospitais e CTs, pois para Maxwell Jones o hospital se trataria de uma Comunidade Terapêutica.

As CT foram ganhando notoriedade a partir dos anos 1950, como alternativa para o tratamento psiquiátrico manicomial. Porém, apesar da proposta alternativa ao modelo manicomial, desde o surgimento da CT já se criticava o fato de que algumas facilmente voltavam ao velho esquema dos antigos

hospícios. As CT voltadas exclusivamente para o tratamento das toxicomanias começaram a surgir a partir de 1960 (DAMAS, 2013, p. 52).

No entanto, para este capítulo, interessa explorar outra origem, a dos EUA, que influenciou diretamente a experiência brasileira (LIMA, 2016). Sendo assim, as CTS nos EUA surgem nos anos de 1950 como parte da ideia de um controle, inicialmente, dos usuários de álcool a partir da junção dos ritos religiosos cristãos (Movimento de Oxford), das tradições dos Alcoólicos Anônimos (AA) e da convivência em grupo disseminada pela Comunidade Synanon. Cabe destacar que todas as instituições citadas possuem uma relação com a religiosidade cristã, a qual para muitos acredita-se ser o caminho de retorno do indivíduo à graça da dimensão religiosa.

No Movimento de Oxford, a ideia é de um retorno à evangelização cristã através de religiosos luteranos, que preservavam a “ética do trabalho, do cuidado entre pares e valores evangélicos” (DE LEON, 2009, p. 20). A partir disso, esses religiosos realizavam ações junto aos sujeitos com transtorno mental e/ou usuários de drogas, na tentativa de rememorar os princípios cristãos através do trabalho, o que para Damas (2013, p. 54) é visto como “exploração de trabalho sob a égide do conceito de laborterapia”.

O AA, reconhecido como o Modelo de Minnesota, foi criado por dois usuários abusivos de álcool que tiveram influência direta de um alcoólita convertido pelos princípios do Movimento de Oxford. No entanto, a ausência de conversão dos fundadores do grupo e a formação médica de um deles é representada nos 12 Passos¹¹, os quais, para os adeptos do AA, mostram caminhos de recuperação balizados pela medicina e pela espiritualidade, por meio de ajuda mútua. Entretanto, referem-se a um “Poder Superior”, repetem a “oração da serenidade” nas reuniões, indicando traços religiosos em seus encontros, contudo, não há um Deus declarado, vinculado a qualquer religião, deixando os membros livres para escolher o seu ser superior.

Apesar do AA ter mantido práticas religiosas - a referência a um Poder Superior, o uso da oração da serenidade, o uso de depoimentos etc -, ele rejeitou a natureza confessional e seletivo dos Grupos Oxford. Na trajetória de maturação do AA nos EUA, um dos fundadores, Bill Wilson, que frequentou aqueles grupos até 1937, reconheceu a importância da influência positiva da mensagem cristã, mas indicou os limites e riscos dessa abordagem para reabilitação dos alcoólicos (LIMA, 2016, p. 157).

¹¹ “Os 12 passos” é um programa criado por Bill W. e Dr. Bob S. em 1935 nos EUA, primeiramente utilizado para o tratamento do uso abusivo de álcool e posteriormente para todo uso prejudicial de drogas. Possui como prática a reunião de grupos de ajuda mútua, que visam o compartilhamento de problemas, vitórias e ajuda a partir do reconhecimento da adição como um problema a ser tratado.

A Comunidade Synanon foi criada por um egresso do AA e tinha a psicanálise como forte referencial filosófico. A base de ação era em grupos de autoajuda semanais para usuários de álcool e heroína, com forte relação com as curas subjetivas e pouca relação com a religiosidade. Após um ano da sua constituição, funda-se a primeira CT, em 1958, com a moradia do grupo no local onde aconteciam as reuniões, com a finalidade de ser uma “comunidade alternativa de ensino e vida” (DE LEON, 2009, p. 27), a qual buscava reduzir ou eliminar o uso de drogas.

A partir dessas experiências podemos pensar o modelo brasileiro de CT e sua forte influência religiosa, a qual perpetua por grande parte das instituições no Brasil. Uma vez que “entre algumas CTs de outras regiões e culturas como a América Latina, a prática e os ensinamentos religiosos têm sido integrados à rotina diária das CTs ” (DE LEON, 2009, p. 10).

O modelo de cuidado proposto pelas CTs ancora-se em três pilares – a saber, trabalho, disciplina e espiritualidade –, combinando saberes técnico-científicos (médicos, psicológicos e socioassistenciais) com práticas espirituais. O exercício do trabalho é entendido como terapêutico (laborterapia), consistindo tanto das tarefas de manutenção da própria comunidade, como de atividades produtivas e de geração de renda. As práticas espirituais, por sua vez – levadas a efeito com ou sem o apoio de igrejas e organizações religiosas –, buscam promover a fé dos internos em um ser ou instância superior, vista como recurso indispensável, seja para o apaziguamento das dores e sofrimentos dos indivíduos, seja para o seu enquadramento moral (IPEA, 2017, s/n)

As CTs se fundam a partir de experiências com uso prejudicial de drogas por usuários e seus familiares que tentavam replicar suas experiências de “sucesso” junto a outros sujeitos, usando espaços como sítios, sem estrutura adequada, para a criação de residências (CHAVES, 2007). Diante disso, a Nota Técnica das CT's do IPEA (2017) apresenta que, em sua maioria, utilizam espaços que giram em torno de 1.001m² a 50.000m² e possui localização na área rural, reforçando a ideia dessas comunidades apresentarem a organização de um sítio para possibilitar um espaço que propicie o isolamento dos sujeitos diante da distância da sua localização em relação aos grandes centros (local onde se encontra o número maior de usuários de drogas).

Segundo Chaves (2007), as primeiras CTs surgem no Brasil no final dos anos de 1960 e depois a grande maioria possui relação direta com a igreja pentecostal, seguida da igreja católica e dos princípios kardecistas. Nesse sentido, a pesquisa do Ipea (2017) nos apresenta

em sua análise sobre a questão religiosa e as CTs no Brasil que “41% de todas as vagas estão em CTs de orientação pentecostal, as quais, por sua vez, totalizam 40% do universo das CTs. Já CTs católicas ofertam 26% das vagas totais e representam 27% das CTs.”. Logo, há uma predominância de CTs com orientação cristã que se destacam a pentecostal e as de orientação católica estão em segundo lugar na oferta de serviços.

Neste sentido, pode-se arriscar dizer que o método das CTs, antes que subordinado, por princípio, a igrejas ou organizações religiosas, encontra afinidades eletivas com estas, configurando-se num campo em que as igrejas procuram realizar suas “obras” de moralização e transformação de subjetividades (IPEA, 2017).

No entanto, o termo “Comunidade Terapêutica” apenas tornou-se algo oficial em 2001 quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) reconheceu por essa denominação as instituições de caráter residencial, não governamental, que realizam intervenções junto aos usuários de drogas. Todavia, desde o início da década de 2010, existe uma crítica imensa ao Estado que incorpora a ação das CTs de caráter religioso e doutrinário para conduzir o exercício de tratamento aos usuários de drogas, pois, em sua grande maioria, tais instituições violam direitos, dentre eles, a obrigatoriedade da conversão à religião de referência das CTs, bem como o seguimento de seus preceitos, ritos e liturgias.

Além disso, o modelo predominante é o da abstinência total como condição para a internação e meta de recuperação, impondo uma prática de isolamento do sujeito na CT e o total afastamento da família e da comunidade nas primeiras semanas. Logo, tem-se uma proposta de “terapêuticas religiosas” marcada pela fé e abstinência, com a finalidade da “salvação do vício” (CFP, 2011; DAMAS, 2013).

Ao incluir as CTs em suas políticas públicas, o Estado brasileiro tão somente institucionaliza as propostas terapêuticas religiosas voltadas para os usuários de drogas na atualidade, mas não problematiza a sua própria atuação como responsável da saúde pública e individualiza o usuário abusivo de crack como “bode expiatório” (AGUIAR, 2014, p. 46).

Desde os anos 2000 vem se constituindo um forte tensionamento e oposição no Brasil entre o que preconiza as CTs e o que orienta a ética do cuidado a partir da RD, pensada por meio de ações de saúde destinadas aos usuários de substâncias ou drogas, os quais não desejam ou não conseguem deixar o uso. Logo, considera a possibilidade do uso de drogas de forma consciente e o tratamento próximo à comunidade e à família com foco de intervenção na redução dos danos sociais e à saúde.

Ou seja, na sua maioria, as CT fazem-se ilhas isoladas do resto do mundo, nos quais os conflitos da sociedade são esquecidos. Muitas delas o acesso a meios de comunicação em massa são restritos. Em vez de discutir os conflitos reais, aborda-se apenas o mundo inconsciente, o que significa a troca da negação cotidiano do inconsciente pela negação comunitária do consciente e da realidade. Muitas vezes, acaba por cair no “psicanalismo” – exageros da psicodinâmica – no qual comportamentos e regras de convivência ficam totalmente ligados a interpretações. E, interpretar e verbalizar permanentemente as ações das pessoas fora de um contexto psicanalítico significa o policiamento da vida (DAMAS, 2013, p. 58).

Entretanto, o atual modelo de atenção preconizado pelas CTs apresenta uma lógica contrária e avessa, de reforço a um modelo religioso, conservador e violador de direitos na atenção ao sujeito que faz uso abusivo de drogas, sobretudo o crack. Esse modelo legitima uma prática calcada na religiosidade obrigatória, pois entende a religião como o único caminho de recuperação. Em algumas CTs, observa-se o traço comunitário e a rotina de trabalho, mas ambos estão atrelados ao direcionamento religioso, podendo ocorrer após os ritos impostos pela instituição. Defendem, ainda, a internação como instrumento fundamental para o tratamento, fazendo um caminho inverso do proposto pela Reforma Psiquiátrica.

Tratar e isolar, assistir e se internar se confundiram. E pós- -tratamento se tornou um acompanhamento após a internação para evitar a recidiva na droga e para apoiar os ex-residentes em a convivência familiar e comunitária destes. Nesse sentido, as comunidades terapêuticas e a centralidade de um modelo de saúde hospitalocêntrico no país contribuíram para uma inversão no cuidado aos usuários de drogas, na medida em que a internação se tornou uma regra e não a exceção (LIMA, 2016, p. 162).

Diante disso, temos no saber religioso um inovador analisador importante para a compreensão do uso cultural da droga, seja no uso da “planta mágica” ou na condução dos tratamentos nas CTs, ambos com a produção do acesso ao “sagrado” e como cura do mal da alma. No entanto, cabe uma análise mais aproximada sobre a Baixada Fluminense na relação com o uso religioso das drogas, como citado, e assim observa-se que dificilmente teremos acesso ao debate do uso da ayahuasca neste território.

Cabe ainda uma reflexão mais aprofundada sobre o traço religioso dos quais se apropriam e justificam as CTs desse território, pois, como apresentado, temos um forte traço de CTs de cunho pentecostal e católico no Brasil, sobretudo desde os anos 2017, com a “Nova Política de Saúde Mental” e a Resolução nº 32 que facilitam o financiamento para as CTs e delegam a esse serviço a responsabilidade do cuidado dos usuários de álcool e outras drogas.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE E A ATENÇÃO EM REDE: O CASO DA DROGA NO BRASIL

Este capítulo apresenta os principais termos do debate sobre os usos de drogas e os caminhos percorridos para a construção de uma agenda da questão como tema para a saúde pública. Pretende-se contribuir para desmistificar a compreensão do tema para além do debate da criminalização e repressão da droga, demarcando essa tendência no campo da política pública, sobressaltando a Redução de Danos como estratégia na atenção em saúde junto aos usuários de drogas.

Nesse sentido, busca-se compreender como o tema das drogas passa a ser inserido nas pautas da política de saúde e da saúde mental. Com isso, apresenta-se a construção de caminhos que levaram à inserção da atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a perspectiva da Redução de Danos em uma Política de Atenção em Saúde, através da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD).

2.1 A proibição dos usos de drogas no Brasil

O tema da droga como questão de saúde pública percorreu um longo caminho até ser inserido na arena de debate do campo da Política de Saúde. Cabe pontuar que as ausências de olhares mais profundos sobre a temática também reforçam esse atraso na entrada do debate como questão de saúde pública, e reforça a perspectiva da moral, do preconceito e da criminalização das questões que circunscrevem o uso e comércio de drogas. Logo, quanto mais o debate deixa de ser travado a questão das drogas, mais se abre espaço para o olhar moral e criminal para o trato dessa questão.

Isso se dá, pois, desde a compreensão de que as substâncias fazem “mal” ao corpo físico e à mente, bem como a partir de sua inclusão no campo do ilícito. Desde então, elas são tratadas como tema da segurança pública, com a justificativa do campo da saúde de defesa de uma “estrutura repressiva do estatuto médico-jurídico” (LIMA, 2009). Nessa perspectiva, o tema passa a ser tratado por meio da opressão, repressão e confinamento, logo, a droga ou as substâncias psicoativas passam a ter no policiamento o terreno fértil para a criminalização do usuário ou traficante de drogas como resposta ao que viria a se configurar como a “guerra às drogas”.

A ideia de uma “guerra às drogas” é propagada pelos EUA no intuito de exterminar a substância, os usuários e o traficante, passando para a sociedade a noção de que é a única saída. Com o apoio popular, logo se declara guerra como resposta, através do fortalecimento da polícia, do Exército e do Ministério da Justiça, ou seja, de todo o aparato da Segurança Pública no trato dos problemas relacionados à droga. Uma guerra que passará a ter gênero, raça e classe social e, sobretudo, isentará parcela da sociedade de reflexões sobre o significado social, cultural, religioso e econômico das drogas.

Difundir o olhar moral e extremista do debate através da segurança pública, sem realizar análises sobre o potencial mercadológico, social e de prazer produzido por tais substâncias, não se dá ao acaso. Nesse sentido, cabe nos remeter, brevemente, à compreensão de que as concepções antidrogas iniciaram seu percurso no debate desse campo desde o século XIX através da construção de ações militares de “controle social coercitivo” (MACHADO, 2006).

Machado (2006) nos apresenta o entendimento de que a droga ameaçava o projeto societário dos EUA e o caminho para o progresso seria a militarização. Logo, a repressão sobre as drogas nos EUA e nas fronteiras é a possibilidade de efetivação do sonho americano. Tal ação, de cunho eminentemente moral, vem para reforçar o mal causado pelas drogas, sobretudo sob a perspectiva cristã, na tentativa de afastar a sociedade norte-americana desse “mal”, o qual trazia alterações do estado de consciência e possibilitava inseguranças sociais para os cidadãos.

Nesse contexto, o uso de drogas é apresentado como um reforço à insegurança vivenciada pelos cidadãos, pois possibilitaria assaltos e roubos para manter o vício/consumo. Em cidades como Madri e Barcelona o olhar se voltou para esse campo, por conta dessas inseguranças, ou seja, o interesse pelo debate sobre a droga ocorre como resposta a uma ameaça iminente de risco e insegurança dos cidadãos “não” usuário de drogas (MACHADO, 2006).

Com isso, a ideia de que as drogas apresentam uma grande ameaça à ordem social reforça a compreensão de que a proibição é a alternativa para o estabelecimento da ordem. Descartando toda e qualquer possibilidade de intervenção nos campos que circunscrevem o tema droga como expressão da Questão Social. Portanto, percebe-se uma ausência de análise do uso e comércio de drogas relacionados ao aumento da desigualdade social, ao desemprego, à miséria, à violência dentre outros.

Outro caminho de análise sobre o tema droga é o reconhecimento do usuário de drogas como doente e/ou criminoso, reafirmando o binômio justiça/medicina no trato desses sujeitos.

Assim, pensou-se em caminhos de intervenção no campo da justiça penal, os quais tratavam da questão através da criminalização com o intuito de “salvar, recuperar, tratar e punir”.

As primeiras medidas de tratamento destinadas aos dependentes de drogas não surgiram no campo da Saúde Pública, elas foram propostas no âmbito da justiça penal, a partir de um aparato legislativo que criminalizava as várias condutas associadas à produção, ao comércio e ao uso de drogas e eram destinadas às pessoas que cometiam ao ato ilícito de se drogar. Essas medidas tiveram a contribuição da Psiquiatria para sua legitimação e estavam mais comprometidas com o estabelecimento da repressão e do controle do uso de drogas no País (MACHADO, 2006, p. 34).

Era notório que a saúde da população brasileira desde o século XX sofria pelos usos das drogas, em especial a população que estava trabalhando no “chão da fábrica” e sua relação com o alto consumo de bebidas alcoólicas. No entanto, nesse momento, apesar da notoriedade da causa, as iniciativas propostas estavam no campo da segurança pública com o viés de aniquilamento do uso de determinadas substâncias. Logo, o primeiro campo de análise sobre a questão das drogas no Brasil se dá pela segurança, a partir da afirmação de que o reflexo disso na sociedade ocorre através do saber jurídico e saber psiquiátrico, os quais nos apresentam as bases “técnico-científicas” para a elaboração de ações nesse campo (MACHADO E MIRANDA, 2007).

Com isso, autores como Lima (2009), Machado, (2006), Musumesci (1994) e Sáad (2001) nos mostram que a ausência de debates eficazes sobre a questão da droga na saúde afasta o debate sobre a construção do cuidado neste campo. Noticia-se que o tema do álcool é algo alarmante no século XX e ficará a cargo das instituições privadas, uma vez que a preocupação governamental se dava no âmbito das drogas ilícitas, as quais pouco circulavam no Brasil nos anos de 1920. As instituições privadas que se destacavam no Brasil eram: Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, Liga Brasileira de Higiene Mental e União Brasileira Pró-Temperança. Todas de cunho moral e higienista, marcaram ações de promoção antialcoólica que vislumbravam a higiene mental, o não uso de álcool e a regeneração da sociedade. Logo, o álcool foi encarado como “causa da desorganização moral e social da sociedade” (MACHADO, 2006, p. 36). Conforme afirma Sáad (2001, p. 22), “o pensamento psiquiátrico da época considerava o alcoolismo uma doença hereditária que deveria ser tratada e prevenida através de medidas eugênicas”, se afirmando a intolerância governamental ao uso de álcool.

Ao pensar as outras drogas, o Brasil, nos anos de 1920, aproximou-se dos organismos internacionais, por meio da adesão à Convenção de Haia¹² e do comparecimento nas reuniões das Organizações das Nações Unidas (ONU)¹³. Tais espaços passaram a ser as referências de como o Brasil passaria a abordar o tema droga na repressão à comercialização e consumo.

Diante disso, uma série de medidas legislativas para a redução do comércio de drogas foi pensada para basilar o trato da questão no país, diante do aumento no número de jovens usuários de maconha e cocaína na década de 1930. Segundo Machado (2006) e Lima (2009), nesse período já se encaminham mudanças no Código Penal Brasileiro através do Decreto nº 4294 de 1921, que sugere prisão aos vendedores/traficantes de ópio e cocaína. Esse mesmo Decreto cria o “sanatório para toxicômanos” (FIORE, 2005) para os usuários de drogas, ou seja, o decreto afirma iniciativas de cunho asilar e excludente para os comerciantes e usuários de drogas, retratando o que Sáad (2001) identifica como medidas de opressão e higienista, justificadas pela possível ameaça desses sujeitos à ordem social.

Conforme apresentado acima, o Brasil seguirá avançando em medidas que tratarão o tema droga por meio do controle social, repressão e institucionalização. A tendência proibicionista brasileira se coloca no Brasil na década de 1970, e teremos leis como a Lei nº5726 ou Lei Antitóxico de 1971 e a Lei nº6368 de 1976, trazendo o debate jurídico através da aproximação com a psiquiatria. Tais legislações não incorporam o tema droga como questão de saúde, ao contrário, reafirmam o trato jurídico do tema através do fortalecimento e/ou legitimação de ações estatais repressivas. Com isso, as legislações se complementam, pois na Lei nº5726 de 1971 temos um novo aparato legal que tratará o usuário de drogas como um doente, tendo no hospital psiquiátrico o seu espaço de tratamento compulsório, trazendo para a arena do debate a pessoa do médico psiquiatra no campo da droga, mas basilado pelas concepções de justiça sobre o tema em questão.

No Brasil, diante de um cenário nacional onde estava em curso a Ditadura Militar e não sendo o país avaliado como produtor das plantas especiais, não se deram intervenções armadas, como em outras áreas da América Latina, conforme previu as resoluções das convenções de 1988. Talvez, a posição brasileira tenha demonstrado seu alinhamento ‘espontâneo’ à Proibição, justamente, com a edição da nova lei especial, ‘aperfeiçoando’ a Lei Antitóxico, a primeira da geração ‘anti’-droga (LIMA, 2009, p. 269).

¹² A Convenção de Haia que gerou o 1º tratado internacional que propunha o controle da venda de ópio, cocaína, heroína e morfina.

¹³ Realizadas em 1961, 1971 e 1988 – deram origem as convenções internacionais que disseminavam e legitimavam medidas de cunho repressivo no campo da droga.

Já na Lei nº6368 de 1976, pode-se observar uma leve mudança no trato dos usuários de drogas, porém ainda calcada no campo médico-psiquiátrico que se apresenta a possibilidade da medicalização para o tratamento e se propõem a criação de serviços especializados e serviços de regime extra hospitalar para o tratamento; os centros de tratamento público ou religiosos criado a partir dos anos de 1980 para usuários de drogas ilícitas. Definindo parâmetros para o setor público de saúde no que tange à criação de serviços e adaptação da rede, conforme aponta o Artigo 9º do Capítulo II:

Art 9º As redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente lei.

1º Enquanto não se criarmos estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptados, na rede já existente, unidades para aquela finalidade.

2º O Ministério da Previdência e Assistência Social providenciará no sentido de que as normas previstas neste artigo e em seu 1º parágrafo sejam também observadas pela sua rede de serviços e saúde. (BRASIL, 1992, p. 03)

Faz-se necessário sinalizar que esses referenciais legais apresentam o trato no campo das drogas ilícitas, marcando a preocupação do Brasil com a eficiência do combate às drogas, em atendimento ao compromisso firmado no plano internacional de legitimação das ações de controle e repressão à comercialização e consumo de drogas ilícitas.

Apesar de ser necessário demonstrar os nexos contextuais no plano nacional e internacional que favorece a resposta brasileira alinhada ao proibicionismo, pode ser observado que o país adotou posições duras, de ‘tolerância zero’, até bem recentemente. Descortinar a produção das determinações estruturais e contextuais, no plano nacional e internacional, parece ser desafio permanente e atual para apreender, por exemplo, porque a Lei nº6368 sobreviveu a três décadas, apesar de, nesse período, a sociedade brasileira ter vivido uma transição do regime político ditatorial para o democrático (LIMA, 2009, p. 273).

As ideias apresentadas para o trato do tema droga na Lei nº 6.368 se apresentaram e se reafirmaram na Constituição Federal de 1988, a chamada Constituição Cidadã, a qual afirma o tema droga como questão de Segurança Pública e traz mais uma vez a possibilidade para o Brasil permanecer no caminho da “guerra às drogas”. Diante disso, cabe pontuar que a organização de ações de intervenção no campo do comércio e usos de drogas sempre esteve marcada pela repressão e se reforça ao longo da construção histórica do debate sobre as drogas no Brasil. O paradoxo instaurado em 1988, com a Constituição Cidadã, deixa claro o

posicionamento do Brasil no trato da questão e apresenta o norte estatal para as “futuras” ações nesse campo.

Os fatores aqui identificados podem interferir tanto no reconhecimento do uso prejudicial e dependência de drogas como problemas de saúde pública, bem como na formulação de políticas públicas para enfrentá-los. Trata-se de compreender como e quais deles se fizeram presentes esse processo que ocorreram na história recente do Brasil (MACHADO, 2006, p. 33).

Cabe pontuar que as legislações, influenciadas pelos organismos internacionais, encontraram no Brasil um terreno propício de cunho conservador para a legitimação da “guerra às drogas”. Em outras palavras, a adesão do país a essa guerra atende às características construídas ao longo de sua história: um país conservador e opressor, o qual, com o efervescer do debate, permitiu florescer o que ali já estava semeado.

2.1.1 O Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN)

O Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN) foi criado por meio da Lei nº6368/1976, que também estabeleceu a criação do Sistema Nacional de Prevenção Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. O COFEN possuía o objetivo de tratar a temática do tráfico e uso de entorpecente em todas as esferas de governo, como normatizador, fiscalizador, supervisor e controlador do tema drogas ilícitas, inicialmente, para após pensar a droga lícita. Conforme consta no Art ° 4:

(...) propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas ao tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica (...) (BRASIL, 1992, p. 19).

A função do conselho não se legitimava no campo do controle social para se pensar a política de drogas e sim para o exercício e a validação do exercício repressivo sobre esse campo por parte do Estado. Isso se afirma nos sujeitos que ali articulam e realizam a gestão e se apresenta nas ações realizadas.

O COFEN assumia parte dessas responsabilidades do Ministério para o tema das drogas, sendo o espaço colegiado para onde a Polícia Federal ou qualquer pessoa física ou jurídica encaminhava materiais “suspeitos” para autorização ou não de sua divulgação (LIMA, 2009, p. 287).

O COFEN era composto pelo Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério da Educação e Ministério da Cultura, e a sua composição ministerial se dava através de indicações do Ministério da Justiça no Departamento da Política Federal, da Vigilância Sanitária e da Associação Médica Brasileira (MACHADO, 2006). Nota-se que o caminho para “pensar” o mundo das drogas através do COFEN se reafirmava no campo da segurança pública, através de aprovação de ações repressivas e punitivas atravessadas pela regulamentação estatal.

A partir do final dos anos de 1980 até 1996, o COFEN propõe iniciativas propostas que aderem o tema da saúde ao campo da droga. No entanto, essa adesão não vem sinalizar a entrada do debate para a área da política pública de saúde e sim vem colocar a análise da importância que se estava dando à ação de trato dos usuários de drogas, as quais, ainda que tenham sido ações pequenas, já demarcavam o caminho paralelo a ações de repressão.

A “Política Nacional na Questão das Drogas” tem como linha de ação a “criação de centros de referência em prevenção e tratamento ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas” (BRASIL, 1998). Esses centros tinham que garantir espaço para cuidado em saúde aos usuários de drogas, formação de profissionais e pesquisa na área, com a proposta de funcionamento nas universidades públicas.

Conforme Machado (2006) e Teixeira, Ramôa, Engstrom e Ribeiro (2017), o COFEN foi o primeiro órgão a aprovar normatizações que incentivavam ações no campo saúde para o desenvolvimento de atenção aos usuários de drogas, mesmo que tais iniciativas não possuíssem relação com a saúde pública. Neste momento temos: os centros de referência de tratamento e prevenção, as Comunidades Terapêuticas (CTs) e os projetos de RD.

Os centros de referência de tratamento e prevenção estão previstos na Lei 6368 de 1976 e possuíam, com a aprovação do COFEN, a liberdade para o exercício da pesquisa, prevenção e tratamento no campo das drogas lícitas e ilícitas junto às universidades públicas.

(...) suas práticas nem sempre estiveram articuladas à formulação de políticas públicas de saúde, mas inaugurou no País a possibilidade de realização de práticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas, não centradas em uma perspectiva moralista ou repressiva (MACHADO, 2006, p. 45).

As CTs, como bem apresentadas no item anterior, são uma das iniciativas aprovadas pelo COFEN como campo de ação assistencial aos usuários de drogas diante do crescimento do uso do álcool e outras drogas nos anos de 1970. As CTs estão na arena de disputa e debate

sobre a eficácia da sua ação e era posta de lado pelo meio científico ao pensar sua eficácia na assistência. Foi através do COFEN e das Federações de Comunidades Terapêuticas, que, segundo Mont Serrat (2002), iniciou-se a normatização das CTs, na tentativa de regulamentar suas ações e funcionamento, tendo como resultado a Resolução nº101/ 2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com o objetivo de organizar o surgimento de novas instituições e regulamentá-las, uma vez que nesse período se destacava a ausência de serviços públicos destinados aos usuários de drogas.

O projeto de RD será aprofundado no próximo item deste capítulo, mas cabe pontuar que o COFEN emitiu um parecer favorável aos programas de RD e assim possibilitou que se difundisse no Brasil em 1994. Inicialmente através das distribuições de seringas e posteriormente com as ações de redução de riscos e danos à saúde (LIMA, 2009).

Essas iniciativas auxiliaram na compreensão de uma “nova” abordagem junto aos usuários de drogas de forma pontual. Isso não quer dizer que trouxe mudanças nas ações de repressão e opressão, mas possibilitaram alguns novos caminhos. Diante disso, segundo Lima (2009, p. 283), “o COFEN se tornou um importante ator político na defesa de uma pauta sustentada no plano nacional por associação de usuários, por gestores e técnicos da saúde pública, vinculados ao projeto de Reforma Sanitária”. A instituição trouxe, também, um pouco de lucidez para o debate travado no campo da construção de um outro caminho de intervenção, o qual, mais à frente, possibilitou atentar para a aproximação com a política de saúde, mesmo não tendo rompido com características do proibicionismo às drogas.

2.1.2 A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD)

Em 1998, no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), foi extinto o Conselho Federal de Entorpecentes e a Secretaria Nacional de Entorpecentes através da Medida Provisória 1669 de 19/06/1998. Com a extinção se criou o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidroga (SENAD), que passaram a incorporar o Sistema Nacional Antidroga (SISNAD), a partir do Decreto nº 3696 de 21/12/2000. As mudanças também se deram com a saída do espaço institucional do Ministério da Justiça e a incorporação do SISNAD ao Gabinete Militar, denominado Gabinete de Segurança Institucional. Segundo Machado (2006), tal reordenamento sinalizou um artifício político para se ganhar a reeleição FHC através da aproximação com a ala mais conservadora do campo.

O SISNAD expressa a base repressiva de trato à comercialização e ao usuário de drogas, colocada pelo governo de FHC. As mudanças de Conselho e Secretaria apresentam a total incorporação da repressão na agenda pública da atenção ao tema droga. Mesmo com a composição do Ministério da Saúde no SISNAD, ainda assim o desenho da intervenção era pensado, construído e executado pelo Ministério da Justiça. Logo, os objetivos do SISNAD eram “atingidos” sob o comando da justiça, que continuou a operar na formulação da Política Nacional Antidroga (como a sua maior missão naquele momento) e na revisão das ações da área de prevenção, repressão, tratamento, recuperação e reinserção social.

O CONAD, como órgão normativo do SISNAD, apresenta a mesma configuração do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), agora, com uma representação do setor de Inteligência do Governo Federal. A formatação de uma representatividade, no campo da justiça e no campo da medicina, afirma, segundo Lima (2009) sobre o “estatuto médico-jurídico”, o qual coloca nessa arena o desafio de articular ambos os saberes para a construção de ações de saúde para os usuários de drogas. Cabe a reflexão sobre a existência de dois sistemas que não conversam entre si, mas deveriam pensar ações articuladas no campo do álcool e outras drogas: o SISNAD e o Sistema Único de Saúde (SUS).

No Sisnad, a Senad é o órgão executivo das ações sanitárias destinadas aos dependentes de drogas, e no setor de saúde, um outro sistema, o SUS, é o responsável pela prestação de assistência integral a todos os cidadãos brasileiros. Apesar de terem responsabilidades e atribuições comuns, esses espaços institucionais permaneceram desarticulados até o início do governo Lula, em 2003, quando se fez um esforço de integração das diversas áreas ligadas ao tema. (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 813)

Outro grande feito para o ano de 1998 é a criação da Política Nacional Antidroga, resultado do I Fórum Nacional Antidrogas. O referido fórum tinha como pauta de debate a construção da Política Nacional a partir da contribuição da sociedade. Não nos espanta que o resultado tenha sido uma política de traço repressor e proibicionista, pois fala sobre a nossa sociedade e sua compreensão sobre o trato do comércio e uso de drogas, conforme já abordado aqui.

O Brasil até 1998 não tinha uma política nacional, mesmo tendo realizado algumas tentativas bem conduzidas, na época, pelos CONFENs...Então veio o ano de 1998, quando aconteceu a vigésima Assembléia Geral da ONU, com a participação do Brasil, em Washington, exatamente nos dias 10 e 11 de junho... Nesta assembléia, foi convocada uma sessão especial para tratar do tema das drogas no mundo. Como umas das conseqüências desta sessão, todos os países que compõem a ONU concordaram com a importância de,

entre outras medidas nas áreas de drogas, que os países tivessem, cada qual, sua política nacional sobre drogas...O Brasil foi um dos signatários deste compromisso, a partir daí, criou a SENAD que teve como primeira missão realizar um fórum nacional para que a sociedade viesse trazer suas contribuições para aquilo que viria a ser a política nacional sobre drogas (MACHADO, 2006, p. 49).

Apesar de grande parte dos profissionais da saúde estar presente no debate, ainda há resistência para incluir os trabalhadores nessa ação. No entanto, tem-se um ganho ao incluir na Política Nacional Antidrogas um capítulo sobre a Redução de Danos Sociais e à Saúde, o que pode expressar um caminho para se pensar a intervenção, mas não demarca esse caminho. Uma vez que não existe um posicionamento claro sobre a RD na política citada.

A partir da homologação da Política Nacional Antidrogas e apresentação desta no II Fórum Nacional Antidrogas, em 2001, a SENAD inicia seu caminho de ambiguidades sobre a sua responsabilização no trato da questão da droga. Em alguns momentos observa-se, por parte da instituição, um apelo às Comunidades Terapêuticas e em outros à RD, mas muito mal orientado sobre o papel de ambos os caminhos na política.

Por outro lado, o Ministério da Saúde se colocou contrário às ações apoiadas pela SENAD, sobretudo no que tange as Comunidades Terapêuticas, e demarcou o seu posicionamento a favor da Política de Redução de Danos Sociais e à Saúde através da inclusão do tema drogas no SUS. Conforme aponta Machado (2006, p. 53),

na perspectiva de algumas áreas do Ministério da Saúde, não se trata de um desconhecimento ou discriminação, mas sim do estabelecimento de resistência à consolidação de uma concepção que não se pauta por aspectos técnicos e ideológicos, próprio do campo da saúde

Em 2003, o Ministério da Saúde apresenta o compromisso de pensar a atenção aos usuários de álcool e outras drogas através da política de RD, a qual vem buscando espaço no campo da droga desde o início dos anos de 1990.

Trata-se de um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que, portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas – como ocorreu historicamente no Brasil – nem tampouco de ações exclusivas da saúde pública (MACHADO E MIRANDA, 2007, p. 818).

Diante disso, as décadas iniciais do século XX nos apresenta a primeira tendência de tratar a questão da droga através de ações, legislações e construções simbólicas que afirmam o proibicionismo como medida única de intervenção. Nesse contexto, o problema da droga no Brasil esteve durante muito tempo sendo tratado pela Segurança Pública em detrimento da Saúde Pública, com o foco na repressão e não na prevenção e os caminhos traçados e seguidos para este campo foram tomando forma diante da luta de parte dos estudiosos e profissionais da área que conseguiram, até certo ponto, mudar esse cenário, em especial com a entrada da estratégia de RD.

No ano de 2003 se realiza a formulação e execução da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD), cujas referências de ação são: a Redução de Danos, o tratamento extra-hospitalar, a preocupação com o território e o fim de ações repressivas no campo da droga, referências as quais trataremos com detalhes mais à frente.

2.2 A Redução de Danos como estratégia no campo da droga no Brasil

O debate sobre a Redução de Danos (RD) no Brasil e o rumo tomado desta iniciativa para a área das drogas são de fundamental importância para os objetivos dessa tese. O modelo adotado pela RD nos aproxima da construção de uma política pública de saúde para atenção aos usuários de álcool e outras drogas que coloca o sujeito como protagonista do seu cuidado, afastando-se da noção de abstinência total como única saída. No entanto, a ideia inicial das trocas de seringas não tinha dimensão do significado que traria para a construção de uma agenda para o campo do álcool e outras drogas no Brasil. Além disso, a RD marca uma segunda tendência no campo do álcool e outras drogas, a partir de iniciativas que a tornam direção para a intervenção na questão da droga, como abordaremos adiante.

A incorporação da perspectiva de redução de danos sociais e à saúde, no Brasil, remonta aos anos de 1980, período marcado pela epidemia mundial da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Segundo Machado e Boarini (2013, p. 584), “em 1989, o Brasil registrou 6.295 casos de AIDS; em 1997, já eram 22.593 os casos registrados”. A medida inicial era isolar o grupo considerado de risco, composto por homossexuais masculinos, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína. No entanto, observou-se que a crescente contaminação não estava apenas entre esses, o que gerou a necessidade de se pensar outros caminhos de ação além do “isolamento do convívio social”.

O próprio percurso da epidemia mostrava, assim, que o conceito de grupo de risco não possibilitaria o cuidado nesse campo e, além disso, estigmatizava e culpabilizava um grupo. Nesse contexto, a ideia de grupo de risco vai cedendo lugar à noção da existência de um comportamento de risco que deixaria alguns sujeitos expostos à contaminação pelo HIV. A partir dessa nova perspectiva foi possível ampliar a atenção para todos que possuíssem esse comportamento, sem segregar grupos específicos e identificando o real foco do problema.

Com isso, algumas estratégias de prevenção à epidemia foram lançadas, tais como a socialização de informações sobre os riscos e comportamentos de risco, o controle de bancos de sangue, orientações sobre uso de preservativo interno e externo, e sexo seguro, testagem sanguínea e a troca de seringas e agulhas. A troca de seringas e agulhas foi a estratégia pensada diretamente para os usuários de drogas injetáveis, pois o compartilhamento e a reutilização das seringas possibilitavam um alto índice de contágio e disseminação do HIV e de hepatites.

Segundo Andrade (2004), a RD no Brasil teve início em 1989 no Estado de São Paulo devido à grande concentração de casos de AIDS por uso de drogas injetáveis, mais especificamente na cidade de Santos. A iniciativa se deu através do médico sanitário David Capistrano, o qual iniciou a distribuição de seringas aos usuários de drogas injetáveis (UDIs), através da implementação do programa de distribuição. Essa ação causou um mal-estar gigantesco e uma grande resistência por parte dos defensores da abstinência total e da repressão, insinuando que a RD estimulava o uso de drogas e o gasto público com a troca de seringas.

O mal-estar causado entre os defensores da RD e os da abstinência total está presente até os dias de hoje na ideia de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, causando resistências para a construção de pautas políticas voltadas ao cuidado, capazes de reduzir os danos sociais e à saúde de usuários de drogas. Essas resistências são marcas do traço moral e repressivo que marcac a questão da droga, historicamente, no Brasil e atravessa, contraditoriamente, a construção de ações de RD.

O tema da abstinência total como “pré-condição” para o cuidado do usuário de drogas o coloca em uma condição secundária de cuidado, elegendo a droga como a questão primária. A RD atua nesse campo, na tentativa de protagonizar o usuário de álcool e outras drogas na sua relação com a substância, para tanto, deixa clara a sua preocupação com os danos causados pelos usos de drogas. Com isso, não incentiva o uso de drogas e muito menos exclui a abstinência como possibilidade de cuidado. A RD apresenta a defesa da vida, como aponta

Andrade (2004), na tentativa da promoção da saúde, garantia de direitos, alteração dos comportamentos de risco e reconhecimento de cidadania.

Nesse contexto, o COFEN aprovou a RD como estratégia pública, entendendo a urgência em se criar meios para conter a epidemia da AIDS e a saúde como direito de todos e dever de Estado, conforme a Constituição Federal de 1988 proclama. Porém não contribui para a compreensão de que a estratégia da Segurança Pública, até o momento, não havia solucionado o problema da droga no Brasil, reafirmando a importância da aproximação do debate com a Saúde Pública.

Diante do alarmante crescimento dos casos de contaminação pelo HIV, em 1994, o Ministério da Saúde, com auxílio do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP), aceita a estratégia de RD como medida para a saúde pública diante dos agravos e necessidade de prevenção da AIDS e hepatites.

A estratégia de redução de danos foi progressivamente incorporada à legislação brasileira sobre drogas, as políticas de saúde reconheceram a histórica lacuna assistencial prestada aos usuários de álcool e outras drogas. Nesse sentido, a partir da aprovação da Lei Federal nº10.216/2001 (Brasil, 2001a), que legitimou o movimento de reforma psiquiátrica na área da saúde mental, os usuários de drogas foram efetivamente aceitos como de responsabilidade da saúde pública, mais especificamente, da saúde mental (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 588).

Paralelamente ao debate sobre a RD, temos a publicação da Lei Federal nº10.216/2001, que se tornou um marco normativo, passando a representar a atenção em saúde mental como política pública de saúde para os sujeitos com transtornos mentais e redirecionando o modelo de atenção em saúde. Assim, no marco dessa lei, o problema da droga passa também a ser repensado sob uma nova lógica de cuidado para os sujeitos com transtorno mental e usuários de drogas, enquanto os demais usuários de drogas, que não “caberiam” nesses diagnósticos, ficaram sem uma referência de cuidado e reafirmou-se sua criminalização. No entanto, tal legislação é fundamental para a compreensão de que chegou o momento de se pensar o usuário de drogas como sujeito de direitos, carente de cuidado em saúde pública e inclusão social. Sobressaltando como campo de cuidado a atenção extra-hospitalar e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) como estratégia de atenção no território.

Nesse mesmo contexto temos a III Conferência de Saúde Mental, em 2001, cujo relatório, divulgado em 2002, apresenta pela primeira vez o tema droga na Conferência, no eixo temático Reorientação do Modelo Assistencial através do subtema: Direitos,

Acessibilidade e Cidadania. Esse é um marco de suma relevância para se pensar a temática, pois até então a questão da droga era apenas pautada em espaços antidrogas tais como o Fórum Antidroga, que ocorreu, por manobra política, no mesmo dia da III Conferência de Saúde Mental.

A manobra política utilizada foi a realização do II Fórum Antidroga no mesmo dia que a III Conferência Nacional de Saúde Mental. As bases já estavam articuladas para o debate sobre o tema droga na conferência sobre a perspectiva da RD e na tentativa de pensá-la como estratégia de atenção na questão da droga. Diante disso, criou-se uma forte proposta de desarticulação para que se permanecesse o viés “antidroga”. Como apresentado, essa foi a primeira vez que o tema droga teve espaço na Conferência Nacional de Saúde Mental devido à pressão para sua incorporação do debate no campo da saúde pública e da Saúde Mental, através da luta por parte dos sujeitos que incorporavam o Ministério da Saúde, em especial a gestão de Pedro Gabriel como Coordenador Nacional de Saúde Mental.

Ao tratar do campo da droga em seu relatório, a III Conferência apresenta como proposta:

Incorporar na rede de serviços do SUS ações de saúde mental dirigidas a populações específicas, tais como portadores de deficiências múltiplas, usuários abusivos de substâncias psicoativas (drogas) e dependentes químicos, na perspectiva da política de redução de danos, bem como reconhecer os aspectos culturais, étnicos e de gênero envolvidos no surgimento de um transtorno mental (BRASÍLIA, 2002, p. 9).

Tal proposta é sistematizada no subtema acessibilidade, demonstrando a relevância do tema e a necessidade de pensar formas de ampliação do acesso à política de saúde mental no campo do álcool e outras drogas. Ao abordar a relevância do tema droga estima-se que 12% da população brasileira carece de cuidados em saúde mental, enquanto 3% da população brasileira apresenta questões severas na sua relação com as drogas e, portanto, necessita de cuidado regular e contínuo na área do álcool e outras drogas. Além disso, 3% representa 5 milhões de brasileiros que precisam de cuidado em um território com “oferta muito baixa de serviços” para esse público, conforme aponta o referido relatório.

Nesse mesmo subtema o 3.2, ainda se indica a revisão das leis que criminalizam o uso de drogas e fortalecem a internação compulsória de usuários de drogas nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Reforça, ainda, a criação de um modelo assistencial com base em ações de RD e a organização de uma rede de serviços, como saída para o problema.

Diante disso, contraditoriamente, temos a aprovação da Política Nacional Antidrogas (PNAD), em 2001, instituída pelo Gabinete de Segurança Institucional, que reafirma o proibicionismo à droga, a abstinência total e caminha para a construção de uma sociedade livre dessas substâncias, declarando “guerra às drogas”. Todavia, em seu texto apoia a RD como estratégia para o indivíduo, grupo social e comunidade na prevenção de doenças infecto contagiosas e na formação de redutores de danos. Portanto, ainda não vemos na PNAD a real compreensão da RD no campo da droga, em específico, mas sim um reforço da ideia de repressão no trato da questão.

Diante do exposto e da leitura da PNAD fica clara a não definição de RD nesta política, assim como não se coloca claramente qual o posicionamento diante do programa de troca de seringas. É apenas na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e de outras Drogas (PAIUAD), de 2003, e instituída pelo Ministério da Saúde, que a RD ganhará visibilidade como política pública e passará a orientar a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, tema sobre o qual discutiremos mais à frente. Logo, temos um tensionamento importante na questão da droga e dois caminhos sendo percorridos – o do Ministério da Justiça e Segurança Pública e o do Ministério da Saúde –, pois, em meio ao avanço dos debates sobre a RD, os defensores da abstinência total ainda mediam forças para que a tônica da abstinência e repressão ganhe a pauta de debate e intervenção, a ponto de, em dois anos, se apresentar duas propostas políticas para o campo da droga com propostas divergentes.

O caminho percorrido pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, através da SENAD, em 2005, substituirá a PNAD pela Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005b), que ainda se preocupa com a redução da oferta nos termos da PNAD, mas traz um avanço ao pensar o cuidado e a prevenção sob os moldes da RD, apresentados na política como redução de riscos e danos sociais.

No entanto, mesmo que autores como Machado e Miranda (2007, p. 803) ressaltem que “a estratégia de RD se alinha aos pressupostos dos direitos dos usuários, da universalidade do acesso à assistência e da descentralização do atendimento” e Garcia, Leal e Abreu (2008) reconheçam que a PNAD apresenta mudanças na tentativa de rever o que a PNAD trazia como conteúdo de “guerra às drogas”. Não podemos nos esquivar de realizar uma análise da PNAD, pois seu texto nos apresenta ainda o trato da droga através da abstinência total, tal como “promover a estratégia de busca de abstinência de drogas lícitas e ilícitas como um dos fatores de redução dos problemas sociais, econômicos e de saúde

decorrentes do uso, do uso indevido e da dependência das drogas lícitas e ilícitas” (BRASIL, 2001b).

As concepções constituintes das políticas de redução de danos só entraram em conformidade com a Reforma Sanitária, quando começaram a disponibilizar insumos aos consumidores de drogas, incluindo a troca de seringas usadas por novas. (...) Com a medida, diversos municípios e estados passaram a contar com subsídios para a manutenção ou implantação de ações voltadas para usuário de drogas (ROSA, 2014, p. 233).

Já o caminho do Ministério da Saúde, o qual aprofundaremos mais adiante através da análise da PAIUAD, mostra que as mudanças na compreensão da estratégia de RD promovem claras transformações em seu exercício e em seu reconhecimento como política pública de saúde. Nota-se, ainda, que a droga, para além das questões de saúde, perpassa o social, o econômico e o político, logo, a RD deve ser compreendida como um fenômeno multideterminado. Tal compreensão inaugura a leitura de que a RD passa a ter uma intervenção no campo da redução de danos sociais e à saúde.

A concepção de redução de danos sociais e à saúde se faz sob a compreensão de ações territoriais que respeitem o contexto sociocultural, ou seja, uma formatação mais humanitária capaz de possibilitar aos usuários o acesso à política de saúde e um tratamento formulado em conjunto com o usuário, centrado no sujeito e não na droga (MACHADO; BOARINI, 2013).

Com isso, não cabe na concepção de redução de danos sociais e à saúde a construção de ações estigmatizantes de cunho moral e repressor, pois ela se afirma na universalização do acesso à lógica de cuidado em saúde mental, mesmo que o tema da abstinência sempre esteja presente, rondando os debates e as ações de RD. Ganha espaço a análise de que a RD não se resume aos usuários de drogas injetáveis (UDI) e à troca de seringas, mas sim no caminho da Prevenção de Danos e Riscos, pois

(...) também pode evitar a exposição a outras situações de riscos e aproximar o usuário das instituições de saúde, abrindo a possibilidade de que ele venha pedir ajuda quando necessário. Além disso, permite que o serviço de saúde possa acompanhá-lo de forma mais próxima (ROSA, 2014, p. 231).

Diante disso, a RD vai tomando formas e se aproxima do Brasil nos anos de 1990, trazendo “ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias” (ANDRADE, 2004, p. 87).

A perspectiva inicial de ação e basilar para o trato dos usuários e comércio de drogas sempre foi a reclusão, através de ações repressivas, internação compulsória e abstinência. Com a RD temos a possibilidade de uma nova tendência para a intervenção na questão da droga, pois passa a existir outro procedimento de atenção no caso dos usuários de drogas que alegam não conseguir parar, assim como reforça o não campo da abstinência total como única medida de “saída” das drogas (FONSECA; BASTOS, 2005).

Como a história do trato do tema drogas no Brasil se dá em meio às ideias norte-americanas do proibicionismo, o caminho traçado para se normatizar a RD, através da Portaria Nº 1.028/2005¹⁴, não é diferente. Logo, a portaria citada surge a partir da proibição do comércio e consumo das drogas ilícitas, apresentada na Lei nº 10.409 / 2002¹⁵, que institui a fiscalização, a repressão e o controle da produção e uso de substâncias psicoativas, através de uma atuação de base totalmente autoritária e opressiva.

Tal fato fez com que a referida lei fosse compreendida como um fracasso no trato da construção da atenção aos usuários de drogas, por apenas se tratar da repressão. Todavia, seu artigo 12º apresentava o caminho para a atenção perpassado pelo trabalho multiprofissional e a estratégia de RD, sendo realizado pelo Ministério da Saúde. Então, através desse artigo, ficou clara a competência do Ministério da Saúde na criação de ações de redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de drogas. Diante disso, criou-se a Portaria nº 1.028/2005, antes mesmo do veto da Lei nº 10.409 / 2002.

A construção de ações e promoção de saúde, através de uma política de saúde mental voltada para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, tem em seu marco o pensamento construído a partir da Política de Redução de Danos, a qual tem como objetivo “reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de drogas” (ANDRADE, 2011, p. 4667).

A Portaria nº 1.028/ 2005, que instituiu as ações de RD sociais e à saúde aos usuários de drogas, apresenta a determinação de ações para a RD. Sendo assim, a portaria aponta a definição da lógica do tratamento pela Política de Redução de Danos, destacando que a atenção deve ser pensada através de ações de saúde destinadas aos usuários que não desejam ou não conseguem deixar o uso. Para tanto, as “ações de redução de danos” são definidas a partir do olhar sobre a importância de uma atenção integral à saúde, através do respeito às

¹⁴ Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.

¹⁵ Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.

necessidades individuais e à relação do sujeito com a sua comunidade bem como através de intervenções que perpassem, conforme a Portaria nº 1.028/ 2005 (BRASIL, 2005a):

- I - informação, educação e aconselhamento;
- II - assistência social e à saúde; e
- III - disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites.

A Portaria também define que as ações devem ter o cunho informativo, educativo e de aconselhamento, ou seja, um consumo seguro. Afinal, “é melhor reduzir os danos, ao invés de tentar, invariavelmente, eliminá-los por completo, o que é possível quando se trata de cada indivíduo singular, mas não se um ponto de vista coletivo” (FONSECA; BASTOS, 2005, p. 289).

Para isso, destaca-se: a importância de troca de informações sobre os riscos e danos causados; a compreensão do risco de usar instrumentos compartilhados; a orientações sobre o caso de “overdoses”; a prevenção de transmissão de doenças infectos contagiosas; e a socialização de informações sobre os direitos constitucionais e das declarações universais. Tais medidas têm o objetivo de apresentar uma intervenção educativa, informativa e de luta pela qualidade de vida dos usuários, pois, como já sinalizado por Andrade (2004), a RD luta pela vida dos usuários de drogas.

Art. 9º Estabelecer que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, tendo especialmente em conta o respeito à diversidade dos usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência (BRASIL,2005).

Nesse sentido, podemos afirmar que a RD é, além de uma mudança no olhar, uma ampliação de práticas que buscam romper com a cultura proibicionista, da internação compulsória e da abstinência total. Afinal, conforme Mesquita (1991), o aumento no número de usuários de drogas mostra a ineficiência ou ausência da atenção a esse público e reforça a incompreensão da temática nos serviços de saúde e saúde mental.

2.2.1 A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Alcool e Outras Drogas (PAIUAD)

A classificação das drogas como lícitas e ilícitas fortaleceu a criminalização daqueles que fazem uso das substâncias classificadas como ilícitas, assim como se perdeu de vista o olhar cuidadoso sobre as drogas lícitas, sobretudo o tabaco e o álcool. Diante disso, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD), instituída em 2003, vem no caminho de fortalecer o campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da RD, no exercício da política pública de saúde e reconhecendo que o debate desse tema deve ser realizado na política de saúde mental.

Essa política é reflexo de uma tentativa de ruptura com os rumos dados pela criminalização do traficante e do usuário de drogas diante da ausência de instituições públicas capazes de pensar o cuidado em saúde mental no campo do álcool e outras drogas, marca da atenção a questão da droga no Brasil até o início dos anos 2000. Além disso, fortalece o aumento das instituições de caráter filantrópico e/ou religioso, como o exemplo das Comunidades Terapêuticas, as quais, como bem define Delgado (2005, p. 171), são “incapazes de oferecer a cobertura adequada diante da magnitude epidemiológica do problema”.

Nesse contexto, existiam dois posicionamentos claros: de um lado, quem defendia o financiamento das Comunidades Terapêuticas para legitimá-las como serviço exclusivo de atenção aos usuários de drogas; e de outro lado os que defendiam a criação de uma rede de saúde no âmbito do SUS para o cuidado aos usuários de álcool e drogas na política de saúde mental.

Os anos 2000 apresentaram bases propícias para a consolidação da PAIUAD, uma vez que o Ministério da Saúde estava composto por sujeito que acreditavam e defendiam o cuidado no território sob a perspectiva da RD junto aos usuários de álcool e outras drogas e que demarcavam seu posicionamento nos espaços de debate sobre a temática, assim como houve referenciais normativos importantes que consubstanciavam o surgimento da PAIUAD.

Tais condições estão diretamente relacionadas às portarias ministeriais que surgem ao longo dos anos de 2001 até 2003, fruto do envolvimento de gestores estaduais e municipais das secretarias de saúde e interesses que passaram a incorporar, em especial a RD, na agenda da política pública de saúde. Como afirma Machado (2006, p. 85) “tratava-se de adotar uma política coerente com o discurso antidrogas ou de inaugurar uma outra proposta política, focada não na droga, mas na redução dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no campo da saúde pública brasileira”.

Com isso, a tabela abaixo apresenta as portarias ministeriais que conduziram e, em alguma medida, definiram o surgimento da PAIUAD.

Tabela 1 – Portarias Ministeriais

Portaria GM nº336 de 19/02/2002	Institui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas modalidades, cabendo a modalidade CAPS Álcool e Drogas; Inaugura o campo do álcool e outras drogas na atenção psicossocial
Portaria SAS nº189 de 20/03/2002	Inserir na tabela SIA ¹⁶ /SUS a atenção a pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas nos CAPS AD
Portaria GM nº 816 de 30/04/2003	Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas
Portaria GM nº 817 de 30/04/2002	Inclui no SIH/SUS ¹⁷ , a possibilidade de realização de procedimento nos hospitais por uso prejudicial de álcool e outras drogas.
Portaria SAS nº 305 de 03/05/2002	Normatizou a implementação dos CAPS AD, o funcionamento dos CAPS AS e o programa Capacitação Permanente para a rede CAPS AD

Fonte: Elaboração própria.

Com isso, é no cenário de resistência à RD e de busca pela abstinência total que, parte dos sujeitos envolvidos no Ministério da Saúde, apresentam uma reorganização do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas e se colocam de forma oposta ao modelo vigente de repressão e criminalização. Os atos de resistência à tendência repressiva se consolidaram na PAIUAD como representatividade para uma melhor qualidade no atendimento ao usuário de álcool e outras drogas sob a perspectiva da RD.

A Lei 8080/90, que estabelece o Sistema Único de Saúde, garantindo, a todos os indivíduos usuários e dependentes de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso à assistência integralmente, priorizando a descentralização dos serviços de atendimento, determinando que os mesmos devam ser estruturados na comunidade, próximos do convívio social dos usuários. Assim, as redes assistenciais devem centrar-se nas desigualdades existentes, ajustando suas ações às demandas da população, para atender de forma equânime e democrática (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012).

¹⁶ Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.

¹⁷ Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

É importante destacar que a referida política traz a reflexão sobre a questão de a droga ser pensada, como a saúde pública, em um mix entre intervenção individual e coletiva, pelo viés da transversalização, ou seja, da possibilidade do atravessamento de saberes no campo da saúde pública, o que direciona o olhar através da integralidade. Porém, é notório o estigma que o usuário de álcool e outras drogas “carrega” para os serviços de saúde e isso é um dos problemas a serem enfrentados para a atenção com qualidade para com esse sujeito, principalmente nas equipes de saúde.

Sobre o tratamento e o cuidado, a direção apresentada pela política baseia-se na RD e na atenção em rede de cuidado em saúde. Sobre a atenção em rede, entende-se a importância de uma intervenção em rede como o caminho para a melhor abordagem terapêutica. Entendendo rede como algo “(...) que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetiva alternativa de combate do que, no uso das drogas, destrói vidas” (BRASIL, 2003, p. 11).

Pensar o trabalho em rede na saúde mental é refletir sobre a importância de um território que propicie uma atenção em saúde mental distante do preconceito, com profissionais qualificados e espaços de cuidado bem estruturados, capazes de realizar uma intervenção conectados, a partir da demanda do usuário de álcool e outras drogas, sobretudo com a participação do sujeito na construção e condução do seu cuidado.

Logo, os princípios e as diretrizes norteadoras da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas determina que a atenção a esses sujeitos deve acontecer em seu território, respeitando sua história, cultura e vínculos. Através de uma atenção adequada, com ações de prevenção e educação em saúde, profissionais qualificados e com a participação social, pretende-se alcançar o controle social, pois, assim, é possível pensar intervenções com base na transversalização e no respeito aos usuários.

Diante disso, pensar o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, segundo os princípios e as diretrizes da política em estudo, é trazer a relevância da Portaria GM/336/MS/2002, que apresenta o redirecionamento do modelo de atenção em saúde mental às pessoas com transtorno mental. E também da Portaria GM/816/MS/2002, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, como marcos para o reconhecimento das questões decorrentes do uso da droga no âmbito da saúde pública, assim como o reconhecimento de que o cuidado deve acontecer no território e que está nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) o serviço de ordenamento deste cuidado, baseado na atenção em rede de saúde.

As referidas portarias também legitimam o CAPS como espaço de cuidado para a questão da droga, através do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), e prevê a organização, estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, associada à rede de serviços de saúde e assistência social.

Sendo assim, a atenção ao usuário de álcool e outras drogas avança com os seguintes rumos: fortalecimento da atenção psicossocial; promoção do acesso à política de saúde não apenas aos usuários de drogas, mas aos seus familiares também; descentralização do cuidado em saúde mental, possibilitando acesso mais próximo do sujeito; possibilidade de reabilitação e reinserção social dos usuários.

Nesse sentido, a Política do Ministério da Saúde aponta a necessidade e obrigatoriedade da construção de intervenções que possibilitem uma reflexão sobre o olhar atual para o usuário de drogas, através da RD, mas que, principalmente, vislumbre uma mudança nesse olhar. Nesse sentido, a PAIUAD, como um dos marcos da mudança da atenção aos usuários de drogas, também apresenta, em seus objetivos, a necessidade de uma mudança na compreensão de como deve ser gerenciado o cuidado em saúde mental. Logo, tal política prima pelo reconhecimento da RD como estratégia nas questões de álcool e outras drogas e na ação em rede de saúde como caminho de intervenção.

A PAIUAD reconhece a importância de compreender a relação existente entre usuário e droga, mas também é preciso entender o estigma carregado, o tráfico de drogas como alternativa de trabalho e o modelo atual de penalização. Portanto, é necessária a ampliação dos espaços de debate sobre o significado da droga na sociedade capitalista contemporânea, com o intuito de fortalecer o cuidado aos usuários, assim como possibilitar a sensibilização sobre o real sentido da comercialização e uso de droga e sua prevenção.

Se faz necessário que o debate não se centralize nos profissionais que atuam nos serviços de cuidado e sim que se amplie e possibilite uma intersetorialidade do cuidado e do debate. As diretrizes da política possibilitam uma boa reflexão acerca da importância do papel da sociedade civil, movimento sindical, associações e organizações comunitárias e universidades na elaboração de um plano estratégico para defesa e promoção dos direitos e controle social (BRASIL, 2003). Como um grande desafio na eliminação do estigma e preconceito sobre os sujeitos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Isso se dá, pois o tema droga é transversal a outros temas, logo, precisa ser pensado coletivamente e intersetorialmente para uma melhor intervenção, ou seja, para a possibilidade da construção de instrumentos de intervenção nessa problemática de forma que a repercussão não seja pensada apenas no campo do controle das substâncias, mas reverbere na

compreensão da droga como expressão da Questão Social e no cuidado através da Política de Redução de Danos. Sendo assim, é preciso uma reflexão sobre a criação de espaços, políticas e subsídios que além de possibilitar a reflexão sobre o tema droga, traga intervenções favoráveis aos usuários.

Outro ponto chave do debate trazido pela política do Ministério da Saúde é o reconhecimento da importância de uma atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, através de políticas públicas que promovam mudanças, logo, reabilitação e reinserção social como caminho importante para a inclusão social dos usuários de álcool e outras drogas. Porém, destaca também a relevância de tais usuários assumam a responsabilidade na construção dessa política pública, ou seja, a importância da coparticipação. Diante disso, avançar no debate sobre a atenção integral é elevar a reflexão acerca da prevenção, promoção e proteção à saúde, os modelos de atenção e o controle de entorpecentes e substâncias.

Conforme aponta a PAIUAD, entende-se por prevenção pensar estratégias de atenção preventiva aos agravos decorrentes do uso de drogas, diante do notório crescimento na relação entre uso prejudicial de drogas e problema pelos usos. Já a promoção e proteção à saúde está pautada no reconhecimento do usuário de drogas como cidadão possuidor de direitos e do exercício da cidadania.

A PAIUAD apresenta como modelos de atenção os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas modalidades, cabendo ao CAPS AD pensar a temática da droga no âmbito dos adultos e ao Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS I) o tratamento de crianças e adolescentes. No Capítulo 04 desta tese será melhor apresentada a reflexão sobre os CAPS AD e sua importância para o debate. Tal iniciativa reforça a mudança na atenção a esse público, garantindo um modelo extra-hospitalar, com critérios pré-definidos para a sua existência no território e um papel preponderante do fortalecimento da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Tentou-se aqui apresentar de forma breve o que a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas vem pensando para a construção de uma atenção aos usuários de drogas no sentido de ruptura com o passado repressivo e proibicionista do trato dessa questão. Como sinaliza Machado (2006, p. 95) “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, o Ministério da Saúde reafirmou o compromisso de enfrentar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas como questões de saúde pública”.

Além disso, é notório que a ideia da PAIUAD está em consonância com o reconhecimento da RD como estratégia de atenção na política de saúde mental da

problemática da droga como questão de saúde pública, da atenção ao usuários de drogas como sujeitos de direito na política de saúde e saúde mental e da construção e fortalecimento dos CAPS AD como serviço de atenção em saúde mental extra-hospitalar, tudo isso de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e com as demandas dos usuários de álcool e outras drogas.

Diante disso, a partir da PAIUAD observam-se algumas iniciativas com a tentativa de difundir a ideia perpetrada sobre a redução de danos sociais e à saúde e a lógica de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas aqui apresentada. Tais como:

- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD): ordenador e articulador da rede de atenção aos usuários de drogas. Espaço para produção de cuidado no território, de forma flexível e terapêutica. Assim como responsável por ações de prevenção e educação em saúde no território (SILVA; ABRAHÃO, 2016);
- Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas: visa o enfrentamento ao notório crescimento do uso de crack na Cidade, em especial São Paulo e Rio de Janeiro. O plano possui três eixos: cuidado, prevenção e autoridade;
- Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes: espaço para discussão sobre o uso prejudicial de drogas por crianças e adolescente;
- Centro de Atenção Psicossocial Infanto–Juvenil (CAPS I): espaço para promoção do cuidado de crianças e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas, bem como seus familiares. Também possui um importante papel na comunidade na promoção da saúde e prevenção em saúde no campo do álcool e outras drogas (SILVA; ABRAHÃO, 2016);
- Consultório na Rua: serviço de ação em parceria com a Política de Assistência Social, que possui como carro chefe a propagação de ações de redução de danos sociais e à saúde nas ruas. Reconhecido como um serviço para a população em situação de rua que possui danos devido ao uso recorrente de álcool e outras drogas. Todavia, é um serviço para a promoção da saúde nos territórios onde há dificuldade de acesso à política pública de saúde;
- Pacto Nacional para Redução de Acidentes e Violência associados ao Consumo Prejudicial de Álcool: fomento de financiamento aos municípios, que apenas possuem CAPS I, para que ações de RD fossem desenvolvidas junto aos usuários de álcool e outras drogas, com pagamento por usuário;

- Controle de Entorpecentes e Substâncias: através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) passou a normatizar e acompanhar a feitura de substâncias psicoativas (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012);
- Programas de Agentes Comunitários de Saúde e da Saúde da Família: responsável por disseminar, através da lógica matricial, a ideia da RD como ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas, tendo na atenção básica um grande aliado para a disseminação dessa compreensão e do exercício da política de RD (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012);
- Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio ao CAPS e outros serviços: espaço de reflexão e melhoramento da atenção ofertada pelo CAPS, por meio da formação de uma coordenação de saúde mental (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012);
- Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD): “busca alcançar, prioritariamente, crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social, por meio das ações de prevenção, promoção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas” PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012, p. 13);
- Plano Nacional de Alerta e Prevenção do Uso de Crack: trazia um forte apelo com o slogan “nunca experimente o crack” e, conjuntamente, se lançou o Consultório de Rua e casas de passagem;
- Consultório de Rua: com o objetivo de possibilitar “ações de promoção da saúde, cuidados básicos e RD a pessoas que moram ou estão em situação de rua e são usuárias ou dependentes de álcool e drogas” (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012, p. 13);
- Casa de Passagem: local para acolhimento institucional temporário para a população em situação de rua, vislumbrando orientações para moradia, trabalho e garantia dos direitos sociais;
- Programa de ações integradas para a prevenção e atenção ao uso de álcool e outras drogas na comunidade (PAI-PAD): “que visa capacitar profissionais da Atenção Básica para o rastreamento de consumo de álcool e utilização de estratégias de intervenção breve” (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012, p. 13).

Com isso, é notório que as estratégias propostas pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas abriu caminhos para ações de

RD em diversos campos e níveis de ação e assim tomou forma em diversas iniciativas como bem apresentado acima. Tais iniciativas tiveram, até certo ponto, a lógica do cuidado em saúde, da autonomia e emancipação dos sujeitos como exercício da política, não descartando a droga, mas colocando o sujeito em primeiro lugar, na construção do seu processo de atenção em saúde, logo, da sua reabilitação psicossocial.

Neste conjunto de políticas que buscam contribuir decisivamente para a estrutura da assistência, agrega-se a portaria 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Com a RAPS busca-se a ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para dar lugar a essa clientela no sistema público (SILVA; ABRAHÃO, 2016, p. 4).

Diante disso, o problema da droga precisa ser pauta constante das políticas públicas na perspectiva de se romper com a lógica reducionista e criminal da relação sujeito e droga, devendo avançar na leitura da droga com suas implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas. Portanto, é preciso ir além de respostas psiquiátricas e jurídicas à questão da droga, possibilitando uma atuação intersetorial entre as políticas sociais, com ênfase na Educação em Saúde e medidas de prevenção.

Destaca-se a necessidade de uma atuação no território capaz de desconstruir o senso comum sobre o que é o usuário de drogas e como deve ser o cuidado a esses sujeitos. Além disso, a possibilidade de um atendimento qualificado e potencializador do exercício da cidadania, assim como a importância da mobilização da sociedade civil para uma atuação junto ao Estado em ações preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, possibilitam o efetivo controle social.

Contudo, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, na perspectiva de uma reflexão acerca da construção da lógica dos atendimentos aos usuários, nos apresenta a necessidade de uma rede de cuidados para a atenção universal e integral aos usuários de álcool e outras drogas. No entanto, tal política, por si só, não extermina a ideia e a construção proibicionista existente no campo da criminalização do tráfico e uso de drogas, mas a sua materialização é o caminho para o reconhecimento e efetivação da RD como estratégia de ação nas questões do álcool e outras drogas.

3. REDES DE SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) PARA O CUIDADO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Neste capítulo é dado destaque à constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088/2011, a qual nos mostra os caminhos da atenção em rede para os usuários dos serviços da política de saúde mental. Busca-se identificar aí as especificidades da atenção aos usuários de álcool e outras drogas como política pública de saúde, na defesa do SUS e da RAPS. Por fim, será apresentado o debate atual sobre a RAPS, no intuito de mostrar caminhos, perspectivas e entraves para a construção de uma atenção em rede aos usuários de crack, álcool e outras drogas.

3.1 A Atenção em Redes de Saúde e as Redes Temáticas

A compreensão de atenção em saúde aos usuários de álcool, crack e outras drogas perpetrada pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas nos apresenta o caminho da construção de uma rede de atenção em saúde que dialogue com as demais políticas sociais, na perspectiva da estruturação de uma rede capaz de extrapolar a Rede de Atenção Psocissocial (RAPS) e possibilitar a reabilitação psicossocial dos usuários de drogas lícitas e ilícitas.

Além da Rede de Atenção à saúde, é preciso considerar ainda a articulação com outros setores estratégicos – como a assistência social, a educação, a segurança, dentre outros – e com as chamadas redes informais, ou seja, aquelas não relacionadas a serviços institucionais, tais como família, vizinhança e demais componentes da rede pessoal de suporte social (PRUDENCIO; SENNA, 2018, p. 84).

Sendo assim, compreender as questões que tangenciam o uso de drogas, como questão de saúde pública, chama a atenção para as temáticas para além do cuidado em saúde mental. Nesse sentido, torna-se fundamental para o reconhecimento desse tema nas políticas públicas como um todo. Logo, é preciso a compreensão de que as políticas sociais, na atenção integral ao cidadão, definem a necessidade de ações integradas para possibilitar uma leitura articulada sobre o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

Diante dessas afirmativas, cresce o debate acerca da relevância da construção da Rede de Atenção em Saúde (RAS) no campo da atenção psicossocial – no caso, a RAPS –, dada a urgência de compreender como vem sendo a arena de disputas e debates sobre a materialização da atenção e dos serviços aos usuários de drogas, através de uma Rede de Atenção Psicossocial.

Nota-se uma baixa produção dos temas que circunscrevem o campo do álcool e drogas e o cuidado através da RAS e RAPS, no que tange a leitura acerca da qualidade dos serviços prestados; aos serviços ofertados aos usuários de drogas; à construção e execução de ações intersetoriais sob o viés da RAPS; e aos impactos das políticas sociais no campo da droga. Em contrapartida, há uma vasta produção voltada aos estudos clínicos e os efeitos “devastadores” da droga na saúde dos usuários (SENAD, 2009; FIOCRUZ, 2014).

Ações em rede passam, portanto, pelo pressuposto da interdependência entre as instituições, ações e atores envolvidos, no caminho de uma construção conjunta de intervenção sobre o mesmo problema ou o mesmo sujeito. Sendo assim, o conceito de rede carrega a compreensão de cooperação, horizontalidade, confiança, agilidade e interação. Na perspectiva do desenvolvimento de ações e organizações harmônicas e inclusivas em sua totalidade.

O conceito de rede, na política de saúde, apresenta uma tentativa de pensar ações conjuntas para dar fim aos problemas ocorridos pela construção histórica da fragmentação do acesso à política de saúde. Nesse sentido, a ação em rede de saúde aumenta a possibilidade de cuidado, acesso aos serviços, qualidade na atenção em saúde, redução de custos e diminuição nas ações fragmentadas. Além disso, possibilita o acesso a uma intervenção integral e no território, de forma mais acessível e regionalizada (MENDES, 2011).

Diante disso, apresenta-se que a nova maneira de se fazer o Estado ou a sociedade nos mostra uma “nova organização social”, através das redes cuja gestão é baseada na cooperação, autonomia, relações entre sujeitos, flexibilidade, participação, tecnologia, interdependência e compartilhamento. Com o intuito de garantir a inclusão social de forma integral e intersetorial, como mostram Capra (2002) e Ouverney (2008), a atuação em rede propõe superar o modelo burocrático e hierárquico imposto pelo Estado e pela sociedade burguesa, apresentando um novo caminho de inter-relações para a entrada e continuidade da atenção na política pública, ou seja, a acessibilidade (MENDES, 2009).

As diferentes tipologias de redes propõem a descrição da rede de acordo com certos atributos, como o nível de institucionalização (estável/ instável), o número de participantes (restrito/ aberto), a configuração das políticas

(setorial/ transetorial) ou ainda o tipo de atores sociais envolvidos e a função principal da rede (por exemplo, redes de problemas, redes profissionais, redes intergovernamentais, redes de produtores) e o equilíbrio de poder (redes heterogêneas e redes homogêneas) (BÖRZEL, 1977 apud FLEURY 2005, p. 78).

Ao pensar a formulação e implementação da política de saúde através da ação de rede, a Portaria nº 4.279/2010, do Ministério da Saúde, define a RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Visando a atenção em saúde através de um conjunto de serviços e ações, os quais, em redes de atenção, buscam ou deveriam buscar por uma intervenção contínua e integral, com baixo custo, alta qualidade e integralidade na atenção.

Na tentativa de “superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência” (BRASIL, 2010, p. 01), a RAS surge com a premissa de estreitar a relação entre os serviços através da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção em saúde. Desse modo, pretende diminuir as barreiras da qualificação do serviço e dos profissionais, assim como do acesso aos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, a análise da construção da RAS, a partir da compreensão de Kuschnir e Chorny (2010), Mendes (2011) e Viana (2018), nos apresenta a reflexão de que esta estrutura visa facilitar a integração entre os serviços de forma individual, ou seja, a partir das demandas dos usuários do SUS. Na direção de uma ação integrada entre os diferentes níveis de atenção, na combinação de serviços e profissionais diversos a partir da complexidade da necessidade dos usuários e as respostas dadas pelo SUS; atrelado à necessidade da coparticipação dos usuários para o resultado final favorável ao indivíduo e a coletividade. Segundo Viana (2018) tais objetivos não são alcançados, além de pouco avaliados para uma melhor análise da RAS e do SUS.

O modo de organizar as RASs define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma ótima (MENDES, 2011, p. 71).

É no processo de regionalização da saúde que se dá a organização e estruturação de uma rede de atenção em saúde através da APS no território. Com o objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de

saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010, p. 04).

Diante disso, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº4.179/2010, institui as redes temáticas que passam a ser prioridades dentro RAS, decisão tomada a partir de discussões estabelecidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)¹⁸, conforme tabela 2 abaixo:

Tabela 2 – Redes Temáticas, Portaria nº4.179/2010

SERVIÇOS	ATIVIDADES DESEMPENHADAS	PORTARIA
Rede Cegonha	Ampliar o acesso e qualificar a atenção ao parto e nascimento, possibilitando um amplo cuidado materno e infantil e a redução de mortes (BRASIL, 2014).	Portaria nº 1.459 / 2011 (BRASIL, 2011d).
Rede de Prevenção e Controle do Câncer depois de torna-se a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.	Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo e garantindo o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas. Assim, sua implantação pretende suscitar mudanças na atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, entre elas, o câncer. Publicou a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS (BRASIL, 2014).	Portaria nº 874 / 2013 (BRASIL, 2013a) passando a ser regida pela Portaria nº 252 / 2013 (BRASIL, 2013b)
Rede de Urgência e Emergência (RUE)	Ampliar o acesso e o acolhimento aos casos agudos delegados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, com garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências (CONASS, 2015).	Portaria nº 1.600 / 2011 (BRASIL, 2011b);

¹⁸ Fórum de diálogo e negociação entre o Estado e municípios na implantação e operacionalização do SUS. O Secretário de Estado de Saúde é membro nato e presidente da CIB-RJ.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limite).	Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua, no âmbito do SUS (CONASS, 2015).	Portaria nº 793 /2012 (BRASIL, 2012a).
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Apresentar os pontos de atenção para o cuidado em rede psicossocial aos sujeitos com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CONASS, 2015).	Portaria nº 3.088 / 2011 (BRASIL, 2011a);

Fonte: Elaboração própria

A instituição de redes temáticas é um passo importante no âmbito da RAS na tentativa de ampliar o acesso da atenção em saúde e proporcionar o cuidado em áreas onde a atenção em saúde carecia da devida atenção, bem como necessitava de uma intervenção mais atenta e cautelosa. As Secretarias de Saúde tiveram um árduo trabalho na organização dos territórios para a adequação e implementação dos serviços com a compreensão de novos conceitos sobre o orçamento, a estrutura operacional, a avaliação e o monitoramento.

São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Com isso, as redes temáticas apresentam a possibilidade de articulação entre promoção à saúde e práticas do cuidado no território, através de equipes multiprofissionais atentas à prática do autocuidado. Para tanto, utiliza-se o conceito de pontos de atenção à saúde para a aproximação entre serviços que antes se encontravam distantes e fragmentados, os quais, a partir dessa lógica, passam a seguir a ideia de ações integradas através de redes de atenção em saúde. Nesse sentido, as ações passam a ser pensadas a partir de pontos de atenção, os quais se caracterizam pela atuação de cunho singular, como os ambulatórios especializados, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de atenção psicossocial dentro outros.

3.2 A RAPS na atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Estado do RJ

Localizar a atenção aos usuários de álcool, crack e outras drogas na RAS é dar ênfase à proposta da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) ao tratar da “rede de saúde como local de conexão e inserção”, o que, na RAPS, orienta o cuidado como parte da atenção e não fim. Compreende-se que a atenção em rede precisa extrapolar o proposto pelas portarias aqui estudadas, pois, como afirmam Coe e Duarte (2017, p. 93), “a RAPS tem uma dimensão normativo-institucional e outra operacional, prática, concreta, que depende das relações efetivas/afetivas entre as pessoas e seus encontros que organizam a produção do cuidado no território”.

Sendo assim, a atenção psicossocial é formalizada como rede com a Portaria de nº 3.088/2011, que institui a RAPS no âmbito do SUS, para a atenção aos usuários da política de saúde mental com sofrimento, transtorno mental e/ou uso de crack, álcool e outras drogas. Com o objetivo de ampliar o acesso à saúde ao público citado e a seus familiares, através de ações articuladas e integradas em rede de atenção através dos serviços, com fortalecimento de ações no território.

Diante disso, a RAPS apresenta como objetivo geral das ações: ampliar e promover o acesso à atenção psicossocial, conforme apresentado acima. Assim como, garantir uma articulação entre os serviços de saúde no território. A referida Portaria nº 3.088/2011 apresenta a finalidade de “construção, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde” (BRASIL 2011a), como caminho para uma atenção integral em saúde no âmbito do SUS, por meio de ações intersetoriais sobre a efetivação de intervenções que reconheçam o direito dos usuários de drogas como cidadãos. Para tanto, são/devem ser realizadas ações mais específicas que coloquem na ordem do dia a RD sociais e à saúde através da prevenção, reabilitação psicossocial, formação profissional, organização do cuidado e monitoramento e avaliação da assistência prestada.

As diretrizes para o funcionamento da RAPS mostram a importância de uma intervenção em rede pautada na compreensão e legitimação dos Direitos Humanos; garantia da equidade e qualidade nos serviços prestados; na luta contra o estigma e preconceito disseminado sobre o usuário de drogas; no atendimento humanizado, diversificado e centrado no sujeito, através da integralidade do cuidado e da estratégia de RD; e, por fim, no destaque à importância dos serviços e atividades a serem desenvolvidos no território com a participação dos usuários, familiares e comunidade.

Para a efetivação do cuidado, a Portaria nº 3.088/2011 estabelece sete componentes, comportando diferentes dispositivos de cuidado (Figura 1), os quais devem atuar territorialmente e de forma articulada.

Figura 1 – Rede de Atenção Psicossocial: componentes e respectivos pontos de atenção



Fonte: Brasil (2011).

O norte do cuidado através dos setes níveis de atenção aqui apresentados se dá na legitimação dos princípios da intersetorialidade e integralidade na Política Pública, uma vez que “para a obtenção de resultados mais efetivos, uma articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do uso de drogas e promover a saúde” (COSTA, 2015, p. 56). Portanto, é na prática da intersetorialidade que se avança no olhar particular sobre as demandas do sujeito, sem perder a referência sobre a sua totalidade, permitindo maior atenção às necessidades individuais e coletivas, a assim como a integralidade apresenta a relevância de práticas contínuas, articuladas e conjuntas, e ao mesmo tempo capazes de serem modificadas de acordo com o território e os serviços prestados.

A atenção norteada por tais princípios se dá para a garantia da ação integral do cuidado em saúde e na compreensão da importância de uma rede integrada em saúde. Do mesmo modo, estão em consonância com os pressupostos e diretrizes do SUS e das políticas decorrentes do Movimento de Reforma Psiquiátrica.

Diante disso, apesar da parca referência teórica sobre a rede de atenção aos usuários de drogas, a experiência apresentada por Costa, Colungnati e Ronzani (2015) apresenta que o

CAPS AD possui grande responsabilidade na efetivação dos princípios da intersectorialidade e integralidade, bem como possui papel preponderante na discussão e desenvolvimento de ações em rede no campo do álcool e outras drogas, sendo colocado no papel de ordenador da rede.

O papel do CAPS AD como ordenador da rede é posto em xeque com a instauração da RAPS, uma vez que nela o ordenador da rede passa a ser a Atenção Básica em Saúde, como bem destacam Coe e Duarte (2017). Logo, temos uma ampla expansão no número de CAPS para atender a demanda criada pela reforma psiquiátrica na estruturação de serviços extra-hospitalares e um esforço da atenção territorial e aproximação com os serviços da rede. Tal debate causa um certo mal-estar devido à incompreensão sobre a referida mudança do lugar do CAPS na rede. Além disso, segundo Coe e Duarte (2017), a RAPS não pode ser vista de forma engessada e tais mudanças fazem parte do contexto dialético que a RAPS se encontra.

Entretanto, o CAPS AD ainda é o serviço que ganha destaque na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e suas ações se direcionam da seguinte forma: oferta de mão de obra qualificada para orientação de ações de fortalecimento das ações em rede, sejam essas redes formais ou informais¹⁹ de base territorial.

Todavia, os autores Coe e Duarte (2017), sinalizam que ações destinadas aos usuários de álcool, crack e outras drogas ainda se encontram desassistidos no que tange a efetivação de uma atenção em rede de saúde, pois as ações não existem ou não chegam até os usuários, conforme previsto na RAPS. Logo, observa-se uma cobertura frágil do CAPS AD, se “reduzindo ao próprio serviço”, pois não está apto a acessar as demandas dos usuários de drogas (ANDRADE, 2011).

Diante disso, apresentam-se práticas fragmentadas, que sustentam intervenções não integrais e intersectoriais, assim como a ausência de diálogo entre os diferentes atores, serviços e setores que compõem as redes. Com uma cobertura inexistente ou pequena, com fortes problemas estruturais e de qualificação das equipes, reforçando práticas estigmatizadoras, criminalizadoras e opressoras (PRUDENCIO, 2017, p. 193).

É possível dizer que os enfrentamentos vivenciados para o exercício da RAPS estão colocados devido aos seguintes pontos: a qualificação dos sujeitos envolvidos no cuidado; a compreensão do exercício em rede e do cuidado proposto pela RAPS; a organização de redes formais e informações na esfera do cuidado em saúde; o acesso à formação em redução de

¹⁹ Entende-se rede formal a composta por política sociais, instituições privadas, ONGs etc. que atuam na lógica da legitimação do direito. E rede informal aquela que se apresenta no território como potencializadoras de cuidado: familiares, amigos, vizinhos, comércio, espaços de lazer e cultura etc.

danos sociais e à saúde; e o desenvolvimento do protagonismo dos usuários e familiares na construção do cuidado em saúde mental. Acredita-se que o fortalecimento ou acerto desses pontos poderá se converter em ações que vão além da repressão aos usuários de drogas. Assim, serão pensadas e fortalecidas ações de cuidado na esfera da saúde pública para a compreensão, necessária entre as equipes de saúde, de que o centro da ação precisa ser o usuário de drogas e seus familiares, para assim se ter a construção de uma rede forte de cuidado e atenção em saúde mental.

Diante disso, a responsabilidade das equipes, quanto à compreensão da necessidade de uma equipe articulada e qualificada para o exercício do cuidado em saúde mental, na perspectiva de rede, aos usuários de drogas, é apresentada como a fonte de produção de continuidade do cuidado. Afinal, um dos grandes desafios apresentados pelos estudiosos da RAPS é a não adesão ao tratamento, o que leva desorganização e/ou desestruturação da rede bem como à finalização da atenção ainda nos primeiros atendimentos realizados no CAPS AD. A produção de vínculo é fundamental para prática em saúde mental e possibilita resultados importantes para a continuidade da atenção em saúde (MOTA; RONZANI; TÓFILI; RUSH, 2015).

A estruturação da RAPS, reconhecida como marco do cuidado em rede para os usuários de álcool e outras drogas, cujo princípio é a redução de danos sociais e à saúde, encontra-se em disputa por diversos agentes, pois, no mesmo momento em que existe uma crescente necessidade da atenção aos usuários de drogas pautado nos princípios da RAPS, diante da expansão do uso das substâncias psicoativas²⁰. Sobretudo no Estado do Rio de Janeiro, também temos um cuidado pautado nas concepções repressivas e busca pela abstinência total, como os casos de internação compulsória e o enaltecimento das comunidades terapêuticas.

Desse modo, a atuação governamental ganha caminhos de ação de base repressiva, como se pode observar nos eventos de internação compulsória nas Cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, em 2010 e 2012. Situação impulsionada pela perspectiva de higienização das cidades, como o foco nos eventos esportivos e na legitimação de clínicas privadas sob a lógica do encarceramento e distante de uma intervenção com o olhar da política de RD.

Cabe destacar que a medida de internação compulsória reforça e não resolve o problema do uso de drogas, reafirma o estigma do usuário de droga como um doente mental, potencializa a violação do direito à saúde e delega ao juiz, através de um laudo médico, a responsabilidade por julgar uma intervenção

²⁰ Substância que promove “alteração da consciência” (MACRAE, 1994).

na área da saúde mental. Diante disso, a internação compulsória sinaliza: a ausência de uma prática emancipatória, de compreensão do fenômeno droga e de sua relação com o usuário de drogas. Assim como coloca o usuário de drogas na situação de “marginal/criminoso”, portanto, em conflito com a lei (PRUDENCIO, 2017, p. 196).

De acordo com levantamento feito pela FIOCRUZ em 2017, Bastos (2017) aponta que cerca de 15 milhões de pessoas nas capitais brasileiras fazem uso de drogas, estimando em 0,81% de incidência nas capitais do Rio de Janeiro e de São Paulo. No entanto, apesar do poder midiático sobre o uso abusivo de droga e a “guerra às drogas”, em especial ao crack, a pesquisa apresenta que o crack não é a droga mais consumida e sim a maconha.

Diante disso, é no contexto de ampla “guerra às drogas” que se tem a expansão dos serviços que compõem a RAPS, em especial o CAPS, segundo Gomes (2017). A autora mostra, ainda, que a década de 2000 apresenta um fortalecimento municipal para a implementação da política de saúde mental no tocante ao seu processo de incentivos financeiros. Tal dado, aparentemente, não justifica o posicionamento de um retrocesso na ordem do cuidado no bojo do debate e implementação da RAPS, no entanto, já destacamos que a questão da droga é perpassada pela compreensão repressiva e moral na sua intervenção por parte de alguns agentes.

Dados do Ministério da Saúde referentes ao período compreendido entre os anos de 2002 e 2014 informam um expressivo crescimento da rede de atenção psicossocial. Em 2002, o país contava com um quantitativo de 424 CAPS, passando para 2.209 nos anos de 2014, o que representa um aumento de mais de 500% (GOMES, 2017, p. 57).

Os dados apresentados acima remontam ao crescimento no número de CAPS em nível nacional e ao pensarmos a RAPS na Região Metropolitana I do Estado Rio de Janeiro conseguiremos ajustar as nossas lentes sobre o atual panorama da composição de serviços da rede de atenção psicossocial nos municípios de estudo da presente tese, a Baixada Fluminense. Com isso, se faz necessário destacar o período de 2011 até 2017 por abranger os processos de implementação da RPAS e expansão dos serviços que compõem essa rede.

A Tabela 3 apresenta a configuração da RAPS na Região Metropolitana I até o ano de 2014, a partir de estudos realizados por Moutinho (2015). Já a Tabela 4 apresenta dados da RAPS na Região Metropolitana I no ano de 2017.

Tabela 3 – RAPS implantada na Região Metropolitana I até 2014

Municípios	CAPS II	CAPS III	CAPSI	CAPS AD	CAPS AD III	RTs	leitos SHR	eCR	UAa
Belford Roxo	1		1	1		3	6		
D de Caxias	2		1	1		6	1	1	
Itaguaí	1		1	1		1	2		
Japeri	1					1			
Magé	1			1		1	8		
Mesquita	1			1		1			
Nilópolis	1			1		3	6		
Nova Iguaçu		1	1	1		6		1	
Queimados	1		1			7	7		
Rio de Janeiro	11	3	8	4	1		3	4	1
São João de Meriti	1		1	1		3		1	
Seropédica	1		1			1			
Total Regional	22	04	15	12	01	33	33	07	01

Fonte: Moutinho (2015)

Tabela 4 – RAPS implantada na Região Metropolitana I até 2017

Municípios	CAPS II	CAPS III	CAPSI	CAPS AD	CAPS AD III	RTs	leitos SHR	eCR	UAa
Belford Roxo	1		1	1		3			
D de Caxias	2		1	1		7	12	1	
Itaguaí	1		1	1		1			
Japeri	1					2			
Magé	1		1	2		2	6		
Mesquita	1			1		2			
Nilópolis	1			1		3			
Nova Iguaçu		1	1	1		6	10	1	
Queimados	1		1			4			

Rio de Janeiro	14	4	8	3	4	85	49	7	2
São João de Meriti	1		1	1		4		1	
Seropédica	1		1			1			
Total Regional	25	5	16	12	4	120		10	2

Fonte: CNES/DATASUS (MS)

As tabelas apresentadas mostram uma estagnação na implementação de serviços territoriais e ordenadores da RAPS, ou seja, dos CAPS AD aliada a um aumento no número de Residências Terapêuticas e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, entre os anos de 2014 e 2017. Essa “tendência” precisa ser problematizada, uma vez que em 2017 os episódios de “guerra às drogas” são noticiados constantemente pela grande mídia.

Esse cenário acentua uma contrarreforma para o campo da saúde mental, propiciando retrocessos com a possibilidade de internações compulsórias e a contratação de leitos para este tipo de cuidado com financiamento público para as comunidades terapêuticas, atendo a anseios da sociedade por meio de práticas proibicionistas, moralizadoras e conservadoras em detrimento da redução de danos. Soma-se a esse retrocesso a precária oferta na rede assistencial dos CAPS AD III na maior parte dos municípios brasileiros e o fenômeno da manicomialização, seja pela via das ações da assistência social e sua assistencialização, seja pela via da judicialização da saúde mental (COE; DUARTE, 2017, p. 92).

Logo, ainda são comuns, nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, ações de higienização das cidades, em especial das famosas “cracolândias”. A título de exemplo, no mês de junho de 2017, vivenciou-se no Centro de Duque de Caxias (município da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro) e na Praça Princesa Isabel (São Paulo) ações de retiradas das “cracolândias” executadas pela Polícia Militar, por meio da repressão e “limpeza” do espaço. Cabe ressaltar que ambas as ações foram pensadas e executadas a partir do comando das prefeituras dessas localidades, com a justificativa de que os sujeitos que ali viviam causavam transtornos à localidade, sujeira, incitavam a violência e realizavam furtos e roubos.

Os acontecimentos citados fazem parte de uma grande prerrogativa para o que visualizamos como retrocessos em relação à política de saúde mental no âmbito do álcool, crack e outras drogas no período de 2015 até os dias de hoje. Os anos de 2015 foram marcados pelo “Fora Dilma” e, com ele, a entrada de um grande retrocesso na política de saúde mental, não deixando de fora os desmoraamentos no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Inicialmente tem-se a nomeação, pelo Ministério da Saúde, do médico psiquiatra Valencius Wurch para a Coordenação Nacional de Saúde Mental. A referida nomeação mexeu com toda a base organizada da política de saúde mental, que acredita nos princípios da Reforma Psiquiátrica, pois a entrada de Valencius representou o retorno às agruras estudadas, vivenciadas e repudiadas no simbolismo carregado pela Casa de Saúde Dr. Eiras no RJ.

A referida Casa de Saúde foi o maior manicômio privado da América Latina com fortes denúncias de maus-tratos e violação de direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Diante disso, uma onda de protestos nos colocou na Assembleia Legislativa em 2015 e nas ruas até 2016, como exposição de total indignação à nomeação realizada pelo Ministério da Saúde, a qual marca o direcionamento que se deu na condução da Política de Saúde Mental naquele contexto. Com isso, o governo de Michael Temer afirma seu total desconhecimento e descaso com a Reforma Psiquiátrica, apresentando uma afirmação tácita a “guerra às drogas” e trazendo para o campo instituições religiosas para o trato da questão.

(...) aprofundaram-se as tendências a retrocessos quanto à efetivação das diretrizes e objetivos que fundamentam as RAPS, particularmente no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Merecem destaque aqui a Resolução nº 32/2017, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, que regulamenta a chamada *nova* Política de Saúde Mental e a Resolução nº 01/2018, do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas do Ministério da Justiça (CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2018), que aprova novas diretrizes para realinhamento da política nacional sobre drogas. Ambas as resoluções apontam caminhos opostos àqueles defendidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira para atenção aos sujeitos em sofrimento psíquicos e/ou usuários de álcool e outras drogas (PRUDENCIO; SENNA, 2018, p. 85).

Com a justificativa de que o exercício da RAPS estava passando por problemas, o que é notório diante do sucateamento da política de saúde e da saúde mental, em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite aprova a Resolução nº 32/2017, a portas fechadas e sem o diálogo com os movimentos, os usuários ou familiares que lidam com e dependem da política de saúde mental. Tal fato é apontado pela Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), sem surpresa, como apenas mais uma afirmação do trato arbitrário e antidemocrático do governo Temer para o tema saúde mental.

Diante disso, a referida resolução é apresentada pelo Ministério da Saúde como caminho de ampliação e fortalecimento da RAPS, todavia as mudanças apresentadas reafirmam práticas asilares e repressivas.

Através da ampliação dos pontos de atenção que tratam diretamente de conteúdos como especialização da atenção e hospitais psiquiátricos. Tais conteúdos reforçam a lógica focal da especialização e setorização da atenção em saúde mental pautada no modelo hospitalocêntrico (PRUDENCIO; SENNA, 2018, p. 83).

Aliado ao aumento do financiamento para a efetivação de leitos hospitalares e comunidades terapêuticas no campo do álcool e outras drogas, apresenta-se a contramão de toda reflexão já apresentada aqui sobre a importância do CAPS AD nesse campo.

A Resolução nº 32/2017 do Ministério da Saúde que remonta a RAPS através da instituição da Portaria nº 3.588/2017 e a Resolução nº 01/2018 do CONAD apresentam novos antigos rumos para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, além de nos apresentar um forte retorno ao passado ao assinalar um apelo à centralização das Comunidades Terapêuticas “ao apontar a existência de um esforço em credenciar as CTs, passando de 4 mil para 20 mil o total de cadastros, tendo nelas o foco para o cuidado e atenção aos usuários de álcool e outras drogas” (PRUDENCIO; SENNA, 2018, p. 88).

A Portaria nº 3.588/2017 retrocede a atenção psicossocial quando apresenta a necessidade da especialização da atenção através de equipes multidisciplinares, ambulatórios especializados, unidades de referência especializada em hospital geral; hospital psiquiátrico especializado e hospital dia. Logo nota-se que em 2017 tem-se a atenção voltada para ações de cunho hospitalar e com o incentivo financeiro para os municípios que se destacarão com a construção desse cuidado.

Outro ponto que merece destaque na referida portaria é a implementação do CAPS AD IV, como mais um serviço que trará a lógica da internação para os usuários de álcool e outras drogas. O CAPS AD IV servirá como ponto de atenção especializado na atenção de adultos, crianças e adolescentes, com funcionamento 24h, por dia (todos os dias da semana, incluindo final de semana e feriado); e reforça a ideia da importância de leitos para atenção aos usuários de drogas.

No entanto, como afirma Pitta e Guljor (2019) os leitos psiquiátricos sugeriram com a intenção de fortalecer o modelo substitutivo aos manicômios nos casos que requerem atenção hospitalar no trato clínico intensivo. Todavia, a maneira como se coloca pela Portaria nº 3.588/2017 e seus defensores se esquece a lógica do cuidado territorial e pautado na RD, para se fazer a atenção em saúde mental através de ações hospitalocênticas que remontam a lógica manicomial, médico centrada e medicalizada. Assim como tais ações desconsideram trabalho já realizado pela Atenção Básica e o apoio matricial. Logo, como afirma Guimarães e Rosa (2019, p. 123) “a nova política reapresenta métodos e práticas que foram abortados”.

Desta forma, o documento parece ignorar que foi a ênfase em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, garantindo o acesso a tratamento em liberdade e próximo ao local de moradia de usuários, que culminou com uma redução responsável de moradores de hospitais e sobrevida digna a pessoas iatrogenicamente cronificadas nas nossas instituições. (PITTA; GULJOR, 2019, p. 11)

A lógica pensada traz para a cena do cuidado o médico generalista e reforça a prática medicamentosa, conforme afirma Duarte (2018, p. 235) “o aumento da medicamentação e da medicalização, a questão da tenção à crise sempre reeditada pela vida das internações e emergências psiquiátricas”. Retorna o foco do cuidado para práticas hospitalares se afastando da atenção através do protagonismo familiar e dos usuários da política de saúde mental.

Contudo, a Resolução nº 01/2018 do CONAD reforça o ideário apresentado na Portaria nº 3.588/2017 ao realizar alterações na PNAD ao qualificar que o caminho para atenção aos usuários de álcool e outras drogas deve ser realizado através da proibição do consumo e da abstinência total, negando a redução de danos como estratégia de cuidado, como afirma Duarte (2018) e Guimarães e Rosa (2019). Indo além, para Guimarães e Rosa (2019, p. 123) acredita-se que “a atual gestão de saúde mental do Ministério da Saúde golpeia virtigiosamente os avanços de três décadas da Reforma Psiquiátrica brasileira”.

Diante disso, Duarte (2018) aponta três tendências atuais na atenção a partir da instituição da Portaria nº 3.588/2017 e da Resolução nº 01/2018, primeira a realocação de recursos para o incentivo ao modelo hospitalar (manicomial), segunda o fortalecimento do manicômio e das comunidades terapêuticas através da facilitação do acesso a verba pública; e por fim a restrição da reorganização entre os serviços.

Tais tendências coadunam com as análises de Pittar e Guljor (2019) e Guimarães e Rosa (2019) aos nos apresentar que a atual proposta de atenção se faz pela abstinência total e incentivo as CTs, atravessadas pela ambulatorização do cuidado, remanicomialização da saúde mental e fomento aos hospitais psiquiátricos.

Com isso os rumos apresentados para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no ano de 2019 preconiza-se a abstinência frente à problemática do uso prejudicial de drogas, o que se vincula à nova abordagem que visa a substituição da metodologia da RD pela internação em comunidades terapêuticas, em contraposição aos tratamentos que fazem parte do SUS, como aqueles realizados nos CAPS AD.

Os anos de 2018 e 2019 foram marcados pela resistência no campo do álcool e outras drogas, na tentativa de não deixar a avalanche do retrocesso político e moral destruir os CAPS

AD por meio da legitimação da Nova Política de Saúde Mental através das Comunidades Terapêuticas.

Entende-se a rede de atenção aos usuários de drogas como um processo contínuo e não como um produto estático e acabado. Trata-se de uma construção permanente, conflituosa, onde saberes e práticas podem ser potencializados a partir de reflexões mais profundas, reverberando no planejamento e implantação de projetos e ações mais contextualizadas e eficazes (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015, p. 61).

A construção da atenção em rede de atenção psicossocial aos usuários de álcool e drogas apresentada aqui nos leva a refletir sobre os avanços e retrocessos vivenciados pelo Estado do Rio de Janeiro no cuidado aos usuários de drogas, bem como incide diretamente na atenção desses sujeitos através do baixo financiamento para os serviços, suspensão de financiamento para alimentação dos usuários, sucateamento dos serviços, contratos precários na contratação de mão de obra e tantos outros entraves que iremos discutir no próximo capítulo a partir da análise da RAPS na Baixada Fluminense.

4. UMA ANÁLISE SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NA BAIXADA FLUMINENSE DO ESTADO DO RJ

Neste capítulo apresentaremos uma análise da constituição e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na Baixada Fluminense do Rio de Janeiro, a qual compreende a atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas. Busca-se, ainda, a compreensão do território de estudo a partir de leituras e pesquisas sobre os municípios. Será o momento de apresentar a construção social, econômica e política da Baixada, a partir, em especial, da fala dos atores que ali trabalham e vivem, com especial atenção à caracterização da política de saúde mental na atenção ao tema droga na região.

O presente capítulo também reconstituirá a história e os entraves da política de saúde mental com ênfase na atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Tal estudo terá como base a fala dos sujeitos sociais e atores políticos que estão ou estiveram à frente de decisões da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2003, momento de formulação da RAPS na Baixada Fluminense.

Outro ponto relevante deste capítulo será a análise da implementação da RAPS na Baixada Fluminense, a partir das falas dos: informantes-chave, coordenadores de saúde mental, gestores dos CAPS AD e técnicos dos CAPS AD localizados na Baixada Fluminense.

Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevista semiestruturada, e levantamento dos serviços e ações políticas. Sua análise contará com o acúmulo a partir da pesquisa bibliográfica e levantamento documental e com a técnica de análise de conteúdo. Para a análise de conteúdo será utilizada a proposta de Bardin (1979) e assim um exercício não ordenado de categorização, inferência, descrição e interpretação dos dados coletados.

A partir de tal procedimento será possível, a sistematização, análise e interpretação dos dados da pesquisa para a análise de políticas voltadas à compreensão do processo de constituição e funcionamento da RAPS na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, a partir de seis dimensões: política pública, rede, droga, redução de danos (RD), atores e território, os quais estão relacionados com os objetivos específicos da tese.

4.1 Notas sobre a Baixada Fluminense

Nosso estudo tem como foco central o processo de constituição e funcionamento RAPS no que tange ao campo do álcool e outras drogas, elegendo a Baixada Fluminense

como lócus da pesquisa. Nesse sentido, é fundamental apresentar alguns elementos contextuais desse território, pois partimos do entendimento de que a implementação da política pública é afetada não apenas pela orientação mais geral dada pelo desenho e normativas da política nacional, mas também pelas singularidades da realidade local, expressando as (re)interpretações e mediações feitas por distintos sujeitos políticos e instituições sociais, historicamente situados (BAPTISTA; MATTOS, 2011).

É preciso chamar atenção, no entanto, para três aspectos centrais. O primeiro é que não se pretende aqui fazer um apanhado histórico ou uma caracterização profunda da Baixada Fluminense. Um empreendimento dessa magnitude exigiria um fôlego e um tempo que escapam à construção do presente trabalho, o qual se propõe a trazer alguns aspectos considerados fundamentais para a compreensão dos caminhos percorridos na conformação da RAPS na região, identificando elementos que contribuíram e/ou constrangeram esse processo.

Um segundo destaque diz respeito à relativa escassez de estudos sobre a saúde mental na Baixada Fluminense. Ainda que o levantamento feito no catálogo de teses e dissertações da CAPES com o termo “Baixada Fluminense” tenha indicado um número expressivo de produções (693 ao todo), a grande maioria desses trabalhos se dedicava a um aspecto específico – tal como a análise de uma instituição ou de um município da região – sem tomar a Baixada Fluminense como um todo.

Um terceiro ponto a destacar é a própria complexidade na definição do que venha a ser a Baixada Fluminense a partir dos municípios que a compõem e sua existência histórica. Segundo Souza (2014), existem diferentes possibilidades de composição desse espaço, a depender do critério adotado para sua identificação, a partir da geografia, da fisiografia²¹ ou do conflito agrário, por exemplo. A Fundação para o Desenvolvimento da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (FUNDREM) toma como referência o nível de urbanização, violência e densidade populacional. Já a Fundação Educacional de Duque de Caxias (FEUDUC), através do Centro de Memória da Baixada Fluminense, delimita a região por meio da arte colonial e barroca observada no território. Assim, como bem nos ensina Souza (2014, p. 16),

Está evidenciado que o conceito de Baixada Fluminense possui múltiplas definições e seu recorte se altera a partir do objeto do pesquisador, dos objetivos das instituições de pesquisa e dos órgãos públicos. Logo, mesmo no campo fisiográfico, as fronteiras da região ora são alargadas ora se encurtam.

²¹ Geografia Física

Na mesma direção, Tavares (2007, p. 39, grifo do autor) afirma que “falar da Baixada Fluminense é se apropriar de uma categoria carregada de significados de múltiplas construções discursivas. São inúmeras *Baixadas* que, na verdade, se referem a uma Baixada, primeiramente, de cunho geográfico”.

No presente trabalho, adotamos a definição desse território baseada na fisiografia, haja vista que se trata do referencial utilizado pelo Poder Público para a compreensão econômica, social, política e cultural da Baixada Fluminense. Sendo assim, reconhecemos a região como sendo composta por 13 municípios, a saber: Nova Iguaçu, Duque de Caxias, São João de Meriti, Belford Roxo, Queimados, Mesquita, Japeri, Nilópolis, Magé, Guapimirim, Paracambi, Seropédica e Itaguaí²². A Figura 2 apresenta o mapa físico com os municípios que compõem a Baixada Fluminense.

Figura 2 – Mapa da Baixada Fluminense (RJ)



Fonte: site www.acimabaixada.com

Para pensar a região, é preciso considerar a afirmação de Fontes (2014, p. 12) no prefácio do livro “Escavando o Passado da Cidade – História Política da Cidade de Duque de Caxias”, a respeito da Baixada Fluminense, de que “sobre ela ainda falta muito a compreender e a explicar”. Segundo a autora, para compreender esse território é imperativo ultrapassar a dicotomia entre “centro e periferia”, sendo necessário ir além de seus limites territoriais e administrativos. Assim, se é correto afirmar que a Baixada Fluminense nasceu na relação com a cidade do Rio de Janeiro, é preciso considerar que a região não se resume a isso, ela também

²² O município de Itaguaí ora é apresentado como município da Baixada Fluminense, ora como pertencente a Costa Verde. Nesta tese trataremos do referido município como mais um território importante para se compreender a Baixada Fluminense do RJ.

é marca e fruto do capitalismo periférico, o qual se expressa em seu cotidiano, revelando a constituição desigual e fragmentada desse território e de sua história.

Por isso, concordando com Fontes (2014), é importante a construção de um saber que localize a Baixada não no campo da periferia ou como um mundo à parte da então Capital Federal do país, mas sim na leitura da sua construção histórica pautada nas desigualdades sociais²³ e no exercício econômico para o município do Rio de Janeiro. De fato, a conformação desse território e suas manifestações particulares não estão dissociadas das características mais gerais das relações sociais e econômicas do capitalismo em geral e do modelo brasileiro em particular, nem da articulação da região com o processo de metropolização do Rio de Janeiro.

Estudiosos dedicados a pesquisas sobre a Baixada Fluminense, como Abreu (2013) e Souza (2014), sustentam que a formação desse território ao longo do século XX se deu por meio de ocupações habitacionais e com a forte dependência econômica e política do município do Rio de Janeiro aliado aos grupos dominantes locais, agravadas pela ausência de saneamento básico, pavimentação, escolas e hospitais públicos, dentre outros equipamentos sociais. Conforme assinala Rocha (2010), a Baixada Fluminense foi construída a partir de representações hegemônicas ligadas ao descaso político-social que permeou as práticas de diferentes atores sociais desde a década de 1950. Segundo esse autor, “atribui-se à Baixada uma ideia qualificadora, quase que adjetivada, associada às noções de miséria, fome, violência, grupo de extermínio, periferia, lugar distante etc.” (ROCHA, 2010, p. 23). Por outro lado, é possível também identificar outros sentidos atribuídos à Baixada Fluminense, como um espaço onde vivem pessoas e grupos sociais que lutam e resistem em busca de uma vida melhor e com mais dignidade.

Historicamente a região conformou-se como área tanto de expansão populacional quanto de integração metropolitana com o então Distrito Federal, configurando-se, desde o Período Colonial, um espaço estratégico para o escoamento de produtos primários como cana-de-açúcar, ouro e, posteriormente, café, procedentes do interior do país em direção ao porto do Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo, a região constituía uma espécie de cinturão agrícola destinado ao abastecimento da capital nacional, principalmente no que tange à produção de cana-de-açúcar e à fruticultura, em especial o cultivo de laranjas.

²³ Para aprofundar o debate da constituição histórica da desigualdade social na região, consultar BRAZ, A. A.; ALMEIDA, T. M. A. de. **De Merity a Duque de Caxias**: encontro com a História da Cidade. Duque de Caxias, RJ: AAPH-Clío, 2010.

Intensas mudanças na configuração socioespacial da Baixada Fluminense ocorreram a partir de meados do século XX, impulsionadas, em grande medida, pelo esgotamento do ciclo agrário-exportador na região e pelo início do processo de industrialização na cidade do Rio de Janeiro, o que contribuiu para atrair um intenso fluxo migratório para a região, em face da incapacidade de absorção desse contingente populacional na área central da cidade²⁴.

A expulsão dos setores pauperizados das áreas centrais da capital, aliada à oferta de loteamentos populares e sua proximidade com a cidade do Rio de Janeiro foram fatores que contribuíram para a intensificação desse processo de ocupação. Vale ainda destacar a existência de uma importante malha ferroviária e rodoviária²⁵ que atravessa a região, bem como a implantação de importantes indústrias, como a Fábrica Nacional de Motores (FNM)²⁶ e a Refinaria Duque de Caxias (Reduc)²⁷, ambas sediadas no município de Duque de Caxias, além de outras indústrias de diferentes portes e ramos, atraídas pela disponibilidade de mão-de-obra de baixa qualificação e baixo custo.

Figueirêdo (2004) aponta que a partir de meados do século XX, a região da Baixada Fluminense experimentou um acelerado crescimento urbano, conformando um movimento desordenado e desprovido de todo o tipo de infraestrutura urbana. Nas palavras do autor,

A Baixada Fluminense se insere como área de expansão do Rio de Janeiro, apresentando a proliferação de loteamentos com baixo custo da moradia e carência de infraestrutura na sua grande maioria. A expansão da periferia se dava com a valorização dos loteamentos que adquiriam alguma infraestrutura obtida por meio da mobilização da população, já que o Estado não demonstrava interesse em promover a mesma. Com isso, os outros loteamentos próximos se valorizavam atraindo população com poder aquisitivo melhor e os proprietários dirigiam-se para áreas mais distantes reproduzindo o mesmo processo (FIGUEIRÊDO, 2004).

²⁴ Cabe chamar atenção aqui para o fato de que, desde o início do século XX, mais precisamente com a Reforma Urbana empreendida pelo prefeito Pereira Passos na cidade do Rio de Janeiro, intensificou-se um importante processo de segregação espacial, que expulsou os pobres para as periferias, sem qualquer investimento em infraestrutura urbana ou em políticas públicas.

²⁵ A Baixada Fluminense é atravessada por duas importantes vias terrestres de ligação não só entre os municípios da região e desses com a capital, mas também com outros estados, especialmente São Paulo e Minas Gerais: as rodovias Washington Luiz e Presidente Dutra. Ainda no século XIX, a região contava com a Estrada de Ferro Central do Brasil (EFCB), responsável pelo escoamento dos produtos das Minas Gerais e de São Paulo para o Porto do Rio de Janeiro e pela integração do interior com a capital do país.

²⁶ Implantada em 1942, a FNM, sediada no distrito de Xerém, Duque de Caxias, encerrou suas atividades em 1985.

²⁷ Empresa vinculada à Petrobrás, a Reduc iniciou suas atividades em 1961 e está sediada no distrito de Campos Elíseos, Duque de Caxias. Representa importante fonte de receita não só para o município como para a região e para o estado do Rio de Janeiro, sendo uma das maiores do país em capacidade de refino de petróleo, respondendo por 80% da produção de lubrificantes e pelo maior processamento de gás natural do Brasil.

A escassez de políticas públicas adequadas – uma das marcas históricas da região – favoreceu a ampliação de uma política local profundamente marcada pelo coronelismo, pelo voto de cabresto, pelo apadrinhamento e pela violência. Brotto (2015) chama atenção para a persistência histórica de uma “cultura política do medo” na região, marcada pela manutenção de práticas pautadas no uso da força física, na ameaça e até mesmo no extermínio como parte do jogo político local.

O autor aponta que a combinação de práticas clientelísticas e da violência constituiu o mecanismo central de barganha e manutenção do mando local, o qual se mantém presente até a atualidade, afetando a construção das políticas sociais. Com isso, temos a compreensão de uma realidade socio-histórica e econômica ditada pelo “mando e desmando” das elites locais, desde o coronelismo e as histórias de Tenório Cavalcanti²⁸ e suas relações de poder, calcadas na violência, e que não se encerram nesse momento da história, uma vez que esse território ainda é profundamente marcado pelo mandonismo de empresários, políticos, milícias e proprietários de terras com autorização do Poder Público.

Ao mesmo tempo, é preciso chamar atenção para os movimentos de resistência existentes na região. Pires-Alves, Paiva e Lima (2018) mencionam que, nos anos 1950 e 1960, a Baixada Fluminense foi palco de diversas mobilizações sociais como reação ao crescimento desordenado e às precárias condições de vida da população da região. Embora essa ação popular tenha sido interrompida com a Ditadura Militar, no final dos anos 1970, a região viu aflorar um conjunto significativo de Movimentos Sociais constituídos por associações de moradores, Comunidades Eclesiais de Base (CEB), organizações sindicais e partidos políticos.

Andrade (1993) destaca a importante atuação da Igreja Católica nesse processo, graças, em grande medida, à liderança do bispo de Nova Iguaçu, Dom Adriano Hipólito, ao trabalho desenvolvido junto aos grupos paroquiais (pastorais, grupos de jovens, círculos bíblicos, clubes de mães etc.) e às Comunidades Eclesiais de Base²⁹. De acordo com a autora,

²⁸ Conhecido como “o homem da capa preta”, Tenório Cavalcanti fez carreira política em Duque de Caxias, onde foi vereador e eleito deputado federal por três mandatos. Mesmo sem cargo eletivo, continuou exercendo influência na política local, sobretudo por meio de seu genro, Hydekel de Freitas, prefeito da cidade nos anos 1980. De forte oposição ao governo estadual, Tenório Cavalcanti ficou conhecido por conduzir o município com mãos de ferro e pela crueldade com que lidava com seus opositores. Ao mesmo tempo, desenvolvia ações assistencialistas voltadas para a população mais pobre, tais como doação de material de construção e favores fiscais. Para Silva (2013), Tenório Cavalcanti representou uma espécie de “elemento subversivo de significado duplo”, uma vez que ao mesmo tempo em que encarnava uma figura mítica, capaz de transformar a realidade social de uma população carente e sofrida, também atraía pelo medo, tornando ainda mais alarmante aquela realidade social. Para aprofundamento da política local na Baixada Fluminense, consultar Barreto (2006).

²⁹ De acordo com a autora, apenas a Arquidiocese de Nova Iguaçu congregava, em 1988, 330 dessas comunidades.

o movimento associativo na Baixada Fluminense era, na década de 1980, um dos mais organizados do país, reunindo quase 400 associações de moradores em três grandes federações de bairro: a Federação das Associações de Bairro de Nova Iguaçu (MAB), a Federação das Associações de Bairro de Duque de Caxias (MUB) e a Federação das Associações de Bairro de São João do Meriti (ABM). Esses movimentos tiveram atuação importantíssima tanto na denúncia das precárias condições de vida e das injustiças sociais quanto nas reivindicações por políticas públicas frente ao descaso do poder público, com importante influência na política de saúde.

Nesse sentido, cabe ressaltar que os municípios da Baixada Fluminense possuem larga tradição de importantes disputas políticas, assim expressas por Souza (2014, p. 20):

A concentração de trabalhadores pobres em uma região desprovida de infraestrutura, assim como a luta pela terra e por melhores condições de trabalho, transformou a região em um espaço de tensões, onde constantemente o consentimento não se consolidava e o uso da coerção tornou-se a única estratégia de controle social.

Ao mesmo tempo, é preciso considerar a heterogeneidade dos municípios que compõem a região, também eles com diferenças marcantes em seu interior. A Tabela 5 apresenta alguns indicadores demográficos e sociais dos treze municípios da Baixada Fluminense, os quais, em 2010, contavam com 3.651.771 habitantes, o equivalente a cerca de 29% da população do estado (IBGE, 2010). O grande contingente populacional torna a região um grande atrativo para a classe política, tendo em vista a magnitude de seu colégio eleitoral.

Tabela 5 – Indicadores socioeconômicos e demográficos selecionados por município. Baixada Fluminense, 2010

Municípios	População	Área (km ²) (*)	Densidade demográfica (hab./km ²)	IDH	PIB per capita (em R\$) (2016)	População com renda mensal per capita de até 1/2 SM (%)	Esgotamento sanitário adequado (% domicílios)	Índice de Gini
Belford Roxo	469.332	79	6.031,4	0,684	16.764,54	39,3	81,4	0,4606
Duque de Caxias	855.048	467	1.828,5	0,711	44.939,65	37,8	85,3	0,4875
Guapimirim	51.483	358	142,7	0,698	15.912,49	37,2	68,5	0,5232
Itaguaí	109.091	273	395,5	0,715	65.107,78	37,1	77,5	0,5004
Japeri	95.492	82	1.166,4	0,659	12.874,11	41,4	68,3	0,4578
Magé	227.322	391	585,1	0,709	15.607,47	38,2	63,2	0,5082
Mesquita	168.376	42	4.310,5	0,737	13.396,88	36,5	93,3	0,4919
Nilópolis,	157.425	19	8.117,6	0,753	16.045,55	33,8	98,7	0,4805
Nova Iguaçu	796.257	521	1.527,6	0,713	20.625,93	38,7	83,1	0,5141
Paracambi	47.124	191	262,3	0,720	19.189,62	36,8	83,0	0,4718
Queimados	137.962	76	1.822,6	0,680	32.314,25	39,1	83,4	0,4584
São João de Meriti	458.673	35	13.024,6	0,719	20.434,26	35,4	94,2	0,4620
Seropédica	78.186	284	275,5	0,713	24.602,97	37,4	64,1	0,4835

Fonte: Elaboração própria (IBGE, 2010).

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, Duque de Caxias possui o maior número de habitantes da região, sendo o terceiro município fluminense em termos populacionais, perdendo apenas para a capital e para São Gonçalo. Em seguida, aparece Nova Iguaçu, também importante polo demográfico da região. Apenas os municípios de Guapimirim, Japeri, Paracambi e Seropédica possuem menos de 100 mil habitantes.

Chama atenção a elevadíssima densidade demográfica dos municípios da região, chegando à incrível marca de 13.024,6 habitantes por quilômetro quadrado em Belford Roxo, bastante superior à densidade do estado que era, em 2010, de 365,23 hab./km². Três dos quatro municípios menos populosos da região apresentam densidade demográfica inferior ao índice do estado, com exceção de Japeri, cuja razão ultrapassa 1.000 hab./km².

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios oscila entre médio e alto³⁰, sendo Japeri o município com menor IDH da região (0,659) e Nilópolis o maior (0,753).

A pobreza e a ausência de investimento público são faces importantes da região. Como pode ser observado no quadro acima, em todos os municípios da Baixada Fluminense, o percentual da população com renda mensal *per capita* inferior a ½ salário mínimo ultrapassava 30% do total, chegando a 41,4% em Japeri. Esses dados são referentes ao Censo Demográfico de 2010, podendo ser ainda maior nesse final da década tendo em vista a grave crise econômica, política e social que se abateu não só no país, mas especialmente no estado do Rio de Janeiro.

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita é bastante variável na região, sendo, em 2016, o maior valor encontrado no município de Itaguaí, seguido de Duque de Caxias. Esses valores se devem sobretudo à participação desses dois municípios nas atividades econômicas relativas ao porto de Itaguaí e à Reduc, respectivamente. Já no polo oposto, novamente se encontra o município de Japeri, com o menor PIB per capita da Baixada.

De acordo com o Observatório SEBRAE-RJ (SEBRAE, 2016), os indicadores de pobreza e renda da região apresentam-se em condições piores do que os do estado do Rio de Janeiro, dentre os quais o PIB per capita e a renda domiciliar per capita. Em contraposição, o coeficiente de Gini, usado para medir as desigualdades de renda, demonstra uma situação

³⁰ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de “desenvolvimento humano”. Combina três dimensões principais: expectativa de vida ao nascer, índice de educação (anos médios de estudo e anos esperados de escolaridade) e PIB per capita. O IDH de 0,800 a 1,000 é considerado muito alto, de 0,700 a 0,799 é alto, de 0,555 a 0,699 é médio e de 0,350 a 0,554 é considerado baixo. Em 2012, o PNUD Brasil, o Ipea e a Fundação João Pinheiro adaptaram a metodologia do IDH Global para calcular o IDH Municipal (IDHM) dos 5.565 municípios brasileiros, considerando as mesmas três dimensões, mas adaptando-as ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais.

menos desigual em termos de renda na região, se comparada com o mesmo indicador estadual, fato que aponta para a tendência a uma pobreza relativamente generalizada.

Do ponto de vista econômico, a Baixada Fluminense respondia, em 2016, por 11% do PIB estadual (SEBRAE, 2016). As atividades econômicas predominantes na região são aquelas vinculadas ao setor de serviços e comércio, seguidas pela administração pública, a qual responde respectivamente por 53,9% e 30,5% do Valor Adicionado Bruto (VAB)³¹ da região (SEBRAE, 2016). Já o setor industrial respondia por 15,5% do VCA, com destaque para a participação do município de Duque de Caxias e a forte presença de indústrias químicas e petroquímicas nessa cidade. O setor agropecuário, outrora bastante expressivo na Baixada Fluminense, tem pequena participação relativa na composição do PIB da região, com maior presença no município de Guapimirim (SEBRAE, 2016).

A Baixada Fluminense é também conhecida pelos graves problemas ambientais. Além da poluição, associada aos grandes centros urbanos, sobretudo em regiões periféricas desprovidas de infraestrutura urbana, destacam-se outras graves questões ambientais, tais como a existência de um grande aterro sanitário, o Aterro Metropolitano de Jardim, conhecido como o lixão de Gramacho, e a contaminação do solo na Cidade dos Meninos, ambos localizados no município de Duque de Caxias.

O Gramacho é o maior “lixão da América Latina”, seu fechamento em 2016 se deu por motivações sanitárias aliadas a questões políticas³², no entanto, não foram consideradas as questões humanitárias e econômicas relacionadas ao espaço, pois o “lixão” garantia trabalho para 1500 catadores que circulavam na região por dia (BASTOS, 2015).

A “Cidade dos Meninos” resiste a meio século de contaminação por pesticida, emanado do Instituto de Malariologia e pela Fábrica de Inseticidas Organoclorados que coabitavam em Duque de Caxias juntamente com a “Cidade dos Meninos” local para acolhimento institucional de crianças e adolescente órfãos. Registra-se a contaminação de crianças, adolescente e famílias inteiras por substâncias tóxicas abandonadas na região desde 1960 (OLIVEIRA, 2008). Em 2001 foi feita a remoção de famílias, mas em 2019 ainda há pessoas vivendo naquele local, vítimas de agravos à saúde e ao meio ambiente.

Cabe ainda destacar, nesse sentido, a discrepância em termos de saneamento básico na região, considerando os dados relativos a esgotamento sanitário adequado nos municípios da

³¹ O Valor Adicionado Bruto (VAB) é o valor que cada setor da economia (agropecuária, indústria e serviços) acresce ao valor final de tudo que foi produzido em uma região. O Produto Interno Bruto (PIB) é a soma dos VAB setoriais e dos impostos, e é a principal medida do tamanho total de uma economia.

³² As alegações para o fechamento se deram a partida da pressão política devido ao Rio + 20. Para aprofundar o tema: BASTOS, V.P.; O fim do lixão de Gramacho: além do risco ambiental. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 18, n. 33, 2015.

Baixada Fluminense. Como pode ser observado no Tabela 5, nota-se uma situação favorável em Nilópolis, São João de Meriti e Mesquita, com mais de 90% dos domicílios com esgoto sanitário adequado. Em contraste, os municípios de Magé, Seropédica, Japeri e Guapimirim apresentam os piores índices da região, com percentual de domicílios com esgotamento sanitário inferior a 70%.

Esses dados apenas apresentam um olhar sobre as profundas desigualdades sociais vivenciadas na Baixada Fluminense aliadas à necessidade de uma intervenção do Estado através de políticas sociais. Como bem sintetiza Souza (2014, p. 19), trata-se de

(...) uma periferia modelada por um processo de industrialização fortemente impulsionado pela verba pública. Ao mesmo tempo, uma periferia desprovida de investimento público em políticas que garantam o mínimo de condições de vida para o conjunto dos trabalhadores.

Especificamente em relação à saúde, é preciso salientar a marca histórica de desassistência na região, agravada pelo desmembramento de municípios que fracionou ainda mais as redes de serviços públicos mal distribuídos, levando a um prejuízo na oferta de benefícios à população³³ (DIEGUES, 2011). Insuficiência de serviços públicos, dificuldades de fixação de profissionais, sobretudo médicos, forte presença do setor privado e péssima qualidade da atenção em saúde foram alvo de importantes reivindicações dos movimentos populares na região nos anos 1980, como apontado por Pires-Alves, Paiva e Lima (2018). Mesmo iniciativas governamentais, tais como os programas SOS Baixada e o Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB)³⁴, que propunham a ampliação da oferta de serviços, não tiveram fôlego suficiente para enfrentar os traços estruturais que modelam a região, sendo

³³ Somente nos anos 1990, foram criados cinco novos municípios na região: Belford Roxo, Queimados, Japeri e Mesquita se emanciparam de Nova Iguaçu e Seropédica do município de Itaguaí. A criação de novos municípios foi intensificada no Brasil após a Constituição Federal de 1988, motivada por interesses políticos e/ou econômicos e gerando uma profusão de municípios de pequeno porte, a grande maioria sem condições econômico-financeiras de se auto-sustentar, dependendo economicamente dos repasses de recursos financeiros da União e dos estados (GOMES; MAC DOWELL, 2000).

³⁴ O Programa SOS Baixada foi criado por iniciativa do INAMPS, como resposta a um conjunto de fatores tais como a epidemia de dengue, a pressão do movimento de bairros e a proximidade da eleição na esfera estadual. Sem a participação do estado e dos municípios, esse programa contou com um convênio estabelecido pelo INAMPS com a Caritas Diocesana, que ficava responsável pela administração de consultórios médicos populares (PIRES-ALVES; PAIVA; LIMA, 2018). Em 1988, em um novo contexto político, o SOS Baixada dá lugar ao PESB, agora contando com maior presença da esfera estadual. De acordo com Cunha (2001), o PESB objetivou ofertar serviços de emergência e ambulatoriais em áreas desprovidas de assistência médica, para o qual foram construídas unidades mistas, que deveriam funcionar ininterruptamente, em três municípios (Duque de Caxias, Nova Iguaçu e São João de Meriti), onde haveria gestão colegiada com a participação da comunidade local. Para aprofundar esse histórico, consultar, além dos trabalhos já mencionados, Parada (1997) e Zancan, Magalhães e Souza (1993).

importantes focos de conflitos e disputas, seja entre a classe política, seja na corporação médica (PIRES-ALVES; PAIVA; LIMA, 2018).

Uma iniciativa de âmbito regional para enfrentamento do déficit de serviços de saúde na Baixada Fluminense foi a criação, no ano de 2000, do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF), reunindo, no momento de realização da presente pesquisa, 11 dos 13 municípios da região (estão de fora do CISBAF os municípios de Guapimirim e Paracambi). De acordo com a página oficial do CISBAF, trata-se do maior consórcio de saúde do país em termos de população abrangida, tendo por missão se constituir em:

instrumento de gestão regional na promoção de investimentos, otimização de recursos buscando melhor custo benefício, fortalecimento da prestação de serviços solidária e pactuada, implantação de inovações na gestão da saúde, reestruturação da Rede Regional de Saúde, bem como capacitação permanente de recursos humanos (entre gestores da saúde, gerentes e profissionais de saúde) (CISBAF, [s.d.]).

De acordo com Diegues (2011), o surgimento do CISBAF está associado à necessidade de responder ao crônico problema de gestão e precário funcionamento do Hospital da Posse, em Nova Iguaçu, tido como o mais tradicional da região. Por meio de uma articulação da Secretaria Estadual de Saúde e da Associação dos Prefeitos da Baixada Fluminense, o CISBAF foi institucionalizado, tendo como secretária executiva desde sua criação até o momento de realização da presente pesquisa, a médica Rosangela Bello, então Secretária Estadual de Saúde.

Na avaliação do autor, o CISBAF tem se caracterizado menos como um prestador de serviços, conforme ocorre em grande parte dos consórcios de saúde no país, mas principalmente como um instrumento de gestão eminentemente político e técnico (DIEGUES, 2011). Para Diegues (2011), a atuação do CISBAF tem sido marcante na história da saúde da Baixada Fluminense, sobretudo por promover a articulação entre os gestores da saúde na região. Ao mesmo tempo, o autor reconhece a existência de inflexões nesse processo, em grande parte associadas à conjuntura técnico-política e à dinâmica das relações intergovernamentais no país.

Cabe aqui destacar uma ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde na região desde a implantação do SUS, graças à expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na Tabela 6, observa-se o percentual de cobertura do programa ESF nos municípios da região, sendo o município de Seropédica aquele com maior nível de cobertura e Queimados com o menor.

Tabela 6 – Cobertura do Estratégia de Saúde da Família (ESF), 2019

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	% DE COBERTURA ESF	POP COBERTA ESF	N. DE EQUIPES	N. ACS	N. NASF
BELFORD ROXO	508.614	27,81%	147.775	43	257	3
DUQUE DE CAXIAS	914.383	25,35%	194.925	68	339	3
GUAPIMIRIM	59.613	46,30%	27.600	8	51	0
ITAGUAI	125.913	32,88%	41.400	12	30	0
JAPERI	103.960	39,82%	41.400	12	175	1
MAGE	243.657	58,05%	141.450	41	390	1
MESQUITA	175.620	51,37%	71.875	27	125	3
NILÓPOLIS	162.269	59,53%	156.975	29	298	3
NOVA IGUAÇU	818.875	50,14%	376.625	120	655	14
PARACAMBI	51.815	59,92%	31.050	9	72	1
QUEIMADOS	149.265	27,74%	41.400	12	60	0
SÃO JOÃO DE MERITI	471.888	45,48%	379.500	66	660	1
SEROPÉDICA	86.743	87,50%	75.900	22	147	0

Fonte: Elaboração própria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Em relação ao número de leitos, estudo feito por Diegues (2011), a partir de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro indicavam, no ano de 2008, um déficit de 5.685 leitos gerais e 362 leitos de UTI³⁵ na região.

Outro aspecto a ressaltar é a forte presença do setor privado de saúde na região como um traço histórico que se mantém até os dias de hoje. Observa-se, ao longo do tempo, a consolidação dos serviços privados e o descaso com o setor público, com forte predominância, em muitos municípios, de ações com fins políticos, barganhas eleitorais, efetivo desvio de verba pública e gastos desnecessários com setores que não eram prioridade, a despeito da melhoria da qualidade dos serviços prestados para a população na política de saúde (DIEGUES, 2011).

Cabe aqui destacar que a região sediou uma das maiores clínicas psiquiátricas do país, a Clínica Dr Eiras, no município de Paracambi, inaugurada em 1963 e que chegou a receber 2.550 internos³⁶. Símbolo do modelo hospitalocêntrico e com denúncias de maus-tratos e desrespeito aos Direitos Humanos de seus internos, a Clínica Dr. Eiras foi importante fonte de receitas financeiras para o município e influenciou o processo de conformação da saúde mental na região, cujo histórico e funcionamento serão abordados a seguir.

4.2 A Baixada Fluminense e a constituição de uma rede de atenção aos usuários de drogas

Neste ponto será apresentada uma reconstrução seguida de uma análise sobre a formulação e implementação da Política de Saúde Mental no campo do álcool e outras drogas na Baixada Fluminense, a partir da fala de três informantes-chave, sobre a construção de uma atenção aos usuários de drogas na Baixada Fluminense. Cabe esclarecer que dois desses sujeitos estiveram na gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SESRJ) e um na implantação da política de saúde mental em alguns municípios da Baixada.

³⁵ Ao realizar pesquisa no site da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, não foi possível localizar dados atualizados sobre a situação dos leitos gerais e de UTI entre 2018 e 2019, pois o site estava em manutenção no momento da pesquisa, assim como os outros canais de acesso à informação. No entanto, cabe destacar que o Jornal Extra, filiado ao Jornal O Globo, de grande circulação na Baixada Fluminense, afirma em reportagem de 02 de agosto de 2018 que em 2018 há um déficit de 7 mil leitos hospitalares com informações do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF).

³⁶ A Clínica Dr. Eiras encerrou definitivamente suas atividades no ano de 2012, graças à intervenção do Ministério Público do Rio de Janeiro. Em 2004, houve uma intervenção conjunta do Executivo, do Legislativo e do Judiciário no hospital, após a Prefeitura constatar péssimas condições de tratamento aos pacientes. Cinco anos depois, em 2009, a justiça ordenou que todos os pacientes fossem transferidos para outras instituições e que a casa de saúde fosse fechada, o que só viria a ocorrer, de fato, em 2012.

A compreensão da atenção aos usuários de drogas na Baixada Fluminense precisa ser pensada diante de um movimento nacional de construção de uma possível resposta ao tema droga no Brasil, a partir da liderança da saúde. Esse movimento veio sendo construído desde os anos de 1920 de forma repressiva, autoritária e proibicionista, muito pautado nos referenciais norte-americanos de fim das drogas e vai ganhando nuances e tons brasileiros nos anos de 1980, sobretudo com a criação do Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN) que também possibilita ações repressivas no trato da comercialização e uso de drogas.

No entanto, tal instituição também orientou parte deste debate através da Redução de Danos (RD), pois aprovou a entrada da RD no enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS. Isso se deu durante o mandato do criminalista crítico Luiz Mathias Flach na presidência do Conselho, de 1994 a 1998. Após esse período teve início a transição para a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e do Conselho Nacional Antidrogas, ambos no Governo de Fernando Henrique Cardoso.

O início dos anos 2000 foi acompanhado pelo fortalecimento da política de saúde mental e de sua liderança na orientação do cuidado das pessoas que fazem usos prejudiciais de drogas. Conquanto, a SENAD e o CONAD continuaram a ser procurados, de forma concomitante, por sujeitos das comunidades terapêuticas e da repressão à oferta das mercadorias drogas (LIMA, 2009, p. 285).

Assim, o CONFEN (1980-1998) é tomado como grande arena de posições políticas sobre a área das drogas, com vida intermitente, porém com capacidade para gerar em alguns momentos “iniciativas” relevantes que serão retomadas de forma regular na década seguinte. A criação da SENAD no final da década de 1990 trabalhou sob um imperialismo institucional, na medida em que se propôs a ser o espaço legítimo do Estado brasileiro para produzir uma política especializada para a área das drogas, operando com marcos normativo (Política Nacional Antidrogas) e legal (Lei Nº 6.368) de natureza conservadora. No mesmo período da criação da SENAD até o final da gestão do primeiro mandato do governo de Fernando Henrique Cardoso, em 2002, gestou-se no setor saúde com a orientação ratificada da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, apoio à iniciativa de instituir e incluir o tema da assistência ao usuário de drogas como competência do Sistema Único da Saúde. Explicitou-se, portanto, no Executivo Federal uma disputa pela liderança da política pública da área de drogas, em seu veio promocional, preventivo e assistencial. De um lado, uma que mantivesse um espesso solo proibicionista e, de outro lado, uma que intencionasse enfraquecê-lo. Considero, então, o interregno de 1998 a 2002 como uma transição entre os dois períodos, que têm de um lado o traço de gestar “iniciativas” importantes, mas sem força política para conformar uma política de Estado durante toda a vida do CONFEN e, do outro, o traço de começar a fissurar a estrutura repressiva às drogas no Brasil com alterações importantes nos marcos normativo e legal. Porém, nesse processo, as

particulares dinâmicas temporais apenas confirmavam a integração e articulação – tensa – entre formas de concepções e de intervenção distintas sobre o problema drogas [...].

O COFEN foi um órgão importante para os caminhos da construção de uma política de álcool e outras drogas, pois ele conseguiu compor posições do Brasil sobre a temática e, até certo ponto, possibilitou mediações para avanços e retrocessos nesse campo. Com isso, esse movimento também incidu diretamente na construção da atenção aos usuários de álcool e outras drogas da Baixada Fluminense, pois a construção de ações nesse campo foi pensada estrategicamente a partir dos sujeitos em ação no campo nacional, onde lideranças da política de saúde mental advinham da gestão estadual da saúde do Rio de Janeiro.

Para compreender como se efetivaram ações no campo do álcool e outras drogas, as entrevistas realizadas na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES RJ) juntamente com a participação no Fórum de Saúde Mental e inserção no campo de pesquisa apresentaram o caminho de análise a partir da gestão que se instaurou na SES RJ a partir dos anos 2000, mesmo que o debate sobre as questões da droga seja feito mais fortemente a partir dos anos de 1980 com a criação do COFEN e das secretarias que vieram depois. Apenas nos anos 2000 é possível notar uma virada no debate brasileiro sobre a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, conforme apresentado no capítulo 2 desta tese.

As entrevistadas que estiveram na SES RJ relatam seu percurso nesse processo, marcado pela proximidade com o tema drogas e sobretudo pelo posicionamento contrário a repressão à droga e ao usuário de drogas, bem como se posicionando diante da atual postura do Ministério da Saúde sobre o tema.

Eu entrei 1999 ainda como assessora do Pedro Gabriel³⁷ e depois de 2000 a final de 2003, início de 2004. E por que eu estou fazendo essa marcação? Porque mesmo como assessora, isso foi uma continuidade de trabalho, né? (Entrevista-gestão A).

Eu fui convidada para participar, na hora que eu termino a especialização, de um programa de saúde mental e trabalho (...). O trabalho que me levou para a questão de álcool e outras drogas. O mundo do trabalho, as questões do trabalho não se separaram de mim jamais. Eu agora não me lembro se a gente começa em 2003 ou no iníciozinho de 2004. (Entrevista-gestão B).

Eu fui coordenadora da saúde mental antes desse CAPS³⁸, na implantação, lá na intervenção dos hospitais, de 1999 até 2006. Fui coordenadora de saúde

³⁷ Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

³⁸ Fala sobre o CAPS AD de Belford Roxo, primeiro CAPS AD da Baixada Fluminense que surgiu nos anos 2001.

mental. Aí depois eu trabalhei em hospital psiquiátrico, trabalhei no Sanatório Duque de Caxias, fiz parte da equipe de intervenção da Dr. Eiras de Paracambi, né, equipe de intervenção e alta. Depois eu trabalhei no CAPS Ad de Duque de Caxias. Na saúde mental foi isso. (Entrevista-implantação).

A gestão foi composta por um grupo de resistência ao modelo já desenhado, o modelo da repressão e o caminho utilizado foi o de reunir militantes da Política de Saúde Mental que eram expoentes no movimento de Reforma Psiquiátrica e acreditavam na Reforma Sanitária e no SUS, assim como aqueles possuem estudo e produção do conhecimento na área. Outro ponto que merece destaque é que a constituição dessa gestão caminhou com a proposta de implementação de ações na Baixada Fluminense, conforme apresentado pela postura de resistência desses sujeitos que estavam no Ministério da Saúde naquele momento. Postura essa que resistiu à proposta da SENAD através da Política Nacional Antidrogas, a qual trazia traços de ações repressivas e de legitimação do proibicionismo no Brasil (MACHADO; BOARINI, 2013).

A ideia da implantação de serviços de atenção em saúde mental para a Entrevista-implantação vem antes da Portaria 336, de 2002, que instituiu os Centros de Atenção Psicossocial em suas modalidades, pois segundo ela já existia um movimento forte na Cidade do Rio de Janeiro por um novo encaminhamento à atenção aos usuários dessa política. Todavia, o tema da droga ainda era pouco pensado ou pensado de forma tímida. No entanto, ela afirma que o esforço coletivo é que faz com que essa nova possibilidade apareça. Esse esforço é compreendido pelas três entrevistadas como um trabalho coletivo, o qual foi a mola-mestra para as futuras mudanças na atenção no campo da saúde mental.

Mas era um conjunto de profissionais muito reduzido, mas a gente tinha uma direção de trabalho muito junto com os municípios, os coordenadores de saúde mental municipal. Eu acho que é isso que fez com que a gente pudesse ter tantos avanços, né? A gente trabalhou muito com essa ideia do coletivo. O coletivo, da produção de coletivo como uma ferramenta de gestão. De um coletivo clínico e político, porque ele pensava a gestão, pensava a clínica e pensava a política (Entrevista-gestão A).

O fato do Pedro Gabriel ser professor do IPUB e coordenador de Saúde Mental e ter sido da gestão do Estado e depois da coordenação nacional, acho que facilitou muitíssimo com certeza, né, a entrada de vários atores, não apenas do IPUB, porque ele convidava, ele era uma pessoa realmente bastante democrática nesse sentido, né? Então os eventos contavam com a participação de pessoas de universidades de vários Estados (Entrevista-gestão B).

A marca desse trabalho coletivo se deu através da coragem dos sujeitos envolvidos em trazer mudanças ou possibilitar uma nova atenção aos usuários da política de saúde mental. Uma atenção que, até então, apenas se pautava no manicômio e que esses sujeitos acreditavam que precisava ocorrer de uma nova maneira, através do trabalho coletivo, em um novo cenário. Além disso, esse momento era propício, pois, como observa Machado (2006), tem-se a possibilidade de um novo caminho para o tema da saúde mental, em especial ao tema droga, pois o próprio COFEN possibilitava a entrada da RD para essa arena de debate e exercício do cuidado.

Hoje eu acredito mesmo que foi por isso que ela fez o que ela fez porque na época eu fiquei apavorada com aquele tamanho de responsabilidade que ela botou no meu colo³⁹. (...) Mas foi fantástico, porque era a possibilidade de fazer a “clínica do singular”, “do cada um”, ecoar no coletivo. Fazer com que esse coletivo não fosse um “para todos”. Poder resgatar aquilo que havia naquele momento de sustentabilidade política essa singularidade da clínica também. A gente naquele momento... era um momento muito favorável, né? (Entrevista-gestão B).

Diante disso, essa “clínica do cada um” que vem reverberar no “coletivo” ganhou o território da Baixada Fluminense, trazendo consigo todas as reflexões sobre o significado de pensar ações em saúde mental e ser um trabalhador na Baixada, conforme as características apresentadas na sessão 4.1 desta tese. Pensar o campo da saúde mental na Baixada é pensar um espaço plural que também estava preocupado com a atenção em saúde, mas que possuía entraves relevantes diante da sua condição desigual na relação com a Cidade do Rio de Janeiro e, principalmente, por sediar um dos maiores manicômios da América Latina, a Casa de Saúde Dr. Eiras. Diante disso, problematizar o cuidado no território e com base na política de RD em um espaço culturalmente marcado pela hospitalização tornou-se um grande desafio para esta gestão.

Bom, a Baixada Fluminense nessa época, a rigor, pensando que era um programa de saúde mental (...). Você não tinha. Não tinha nenhum. E o que você tinha também é, em grande parte dos municípios, era uma centralidade nos hospitais psiquiátricos e com uma seguinte característica: com exceção do município do Rio de Janeiro onde você tinha um parque manicomial, nos outros municípios do Estado você não tinha isso (Entrevista-gestão A).

Eu acho que as questões políticas da Baixada sempre foram... também nos outros municípios haviam questões, mas acho que a dificuldade...dificuldades que você deve saber quais são, né? Um território já

³⁹ Ao ser convidada pela Entrevista-gestão A para compor a gestão da SESRJ em 2000.

muito ocupado, né, nesse campo de álcool e drogas, a internação, uma lógica prevalente. E eu diria que para o Estado inteiro essa tensão se colocava, a internação como uma lógica prevalente (...) (Entrevista-gestão B).

As entrevistas mostram que, nos anos 2000, havia um forte traço manicomial prevalente nas ações desenvolvidas pelos municípios da Baixada Fluminense com apoio da política local e dos profissionais da área. Tais informações vinham a partir do diagnóstico que a SESRJ estava mapeando sobre a Política de Saúde Mental no Estado. Logo, é notório que as ações desenvolvidas para a mudança desse cenário, no início dos anos 2000, mostraram um total avesso da atenção territorial, comunitária e substitutiva ao manicômio proposta pelo Ministério da Saúde e o que vinha sendo discutido nas Conferências Nacionais de Saúde Mental naquela época como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASÍLIA, 2002).

Na Baixada, você tinha ainda um parque manicomial aonde era de fato eram esses estabelecimentos que regulavam um pouco a assistência – e eu estou falando isso com toda a delicadeza – regulavam porque não tinha política pública. Então o que acontecia? As pessoas iam direto. Depois é que a gente foi criando uma série de programas, de protocolos, de criação de portas de entrada, para que você pudesse ter uma visibilidade de onde você internava quando havia necessidade de internação, né? Então a gente fez esse primeiro diagnóstico de que a Baixada não tinha nada. Você tinha sim, ações isoladas. Você tinha um laboratório mais ampliado, um hospital geral funcionando. Uma outra característica também muito importante: coordenadores de saúde mental, quando haviam, exclusivamente para o programa, eram pessoas que não conheciam muito os dispositivos, as tecnologias de gestão. Eles tinham uma vontade, né, que já é muito e uma certa defesa do que tinha que fazer, mas as ferramentas mesmo de gestão, não tinha. Também eu estou falando de 2000, aonde a figura do Estado começa a ser pensado como um dispositivo facilitador, indutor de políticas. Também tem o tempo todo um conjunto de normativas que vão se organizando aí, né? Mas era assim. Era esse cenário (Entrevista-gestão A).

O que havia... e principalmente na Baixada havia também que eu lembro, era a experiência do A.A. No campo público não havia nada. (...) quando você me pergunta se eu lembro de alguma coisa havia... havia iniciativa da comunidade, do A.A. e naquele momento isso era mais ainda talvez... não estou dizendo que é mais... sempre vai haver o A.A., mas hoje a gente criou alternativas pra esses sujeitos, né? A gente criou alternativas para alguns e criou alternativa única para muitos, porque a população de rua, por exemplo, não é recebida no A.A (Entrevista-gestão B).

A criação de alternativas diante da lógica manicomial veio através de estratégias pensadas pela gestão da SESRJ, a qual foi composta pelas entrevistadas, que articularam as resistências ao padrão vigente de atenção em saúde mental aliado aos seus conhecimentos sobre uma nova via de atenção em saúde mental, uma via que trouxesse a noção de cuidado

amplo em saúde e se esmerava em um cuidado em rede partindo da intervenção dos CAPS AD. Com isso, a equipe de gestão lançou mão de algumas estratégias, tais como: diagnóstico situacional ou o consolidado; indicadores clínicos; fórum colegiado; fórum de coordenadores; participação na caravana da cidadania e participação em cursos de atualização e especialização.

O diagnóstico situacional ou o consolidado tratava de apresentar a real condição das regiões no que tange à oferta de serviços e ações em saúde mental. Após esse diagnóstico pensavam-se ações de curto, médio e longo prazo em nível estatal, na tentativa de trazer políticas sociais e formação para as equipes de trabalho através da extensão universitária para o trabalho nos CAPS. Já os indicadores clínicos eram pensados através de um conjunto de indicadores, cuja função é apresentar em números a situação declarada pelo diagnóstico situacional. Ambos os instrumentos foram fontes de dados riquíssimas para pressionar a implementação dos CAPS AD e a reserva de leitos hospitalares.

Então, diante desse diagnóstico situacional, aonde a gente tinha menos de vinte por cento (20%) dos programas municipais de todo o Estado implantado, a gente cria um conjunto de ações de curto, médio e longo prazo para o Estado, aonde a Baixada era uma das regiões a serem trabalhadas. A gente divide o Estado em regiões e a gente começa a fazer um trabalho muito de parceria e indutora de política e de ações de extensão (mas era de uma formação continuada). Então a gente tinha cursos de extensão, de gestão, de implantação de programas municipais. A gente fazia esse monitoramento, esse acompanhamento parceiro; não era de intervir, era de fato de estar ali junto, compartilhando uma possibilidade de pensar ferramentas de gestão (Entrevista-gestão A).

Então a gente começa também a criar um conjunto de indicadores clínicos, organizacionais e territoriais, uma ferramenta para começar a dar visibilidade em “Cadê a população? Onde ela é atendida?” e de monitoramento. Então isso foi uma marca muito importante da minha gestão, que era feita no nível central do Estado, mas o tempo inteiro compartilhada, discutida com os municípios (Entrevista-gestão A).

Mas uma outra estratégia foi essa sessão com essas miniequipes de Saúde da Família que já estavam fazendo algumas ações muito interessantes nos pequenos núcleos dos vários municípios do nosso Estado. A participação da Saúde da Família sempre foi...muito mais além do Rio de Janeiro (Entrevista-gestão B).

Outra estratégia criada foram os Fóruns Colegiados ou Fóruns de Coordenadores. Os Fóruns tinham a ideia inicial de conhecer pessoas e assim possibilitar uma reflexão coletiva sobre a política de saúde mental e seus rumos. Também pretendiam chamar a gestão para o pensamento coletivo e a construção de ações coletivas para a intervenção nos municípios com

a criação de um controle social efetivo através dos temas que apareciam para a saúde mental, como criança e adolescente; álcool e outras drogas, sempre atentos à necessidade de a gestão monitorar, acompanhar e apoiar as ações nos municípios.

Segundo as entrevistas, a ideia dos Fóruns foi bem sucedida tanto que o Fórum AD, na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, teve início nos anos 2000 e segue até os dias de hoje e reforçou a iniciativa dos Fóruns Locais, tais como o Fórum AD de Duque de Caxias, o Fórum de Saúde Mental de Mesquita, de Nova Iguaçu e tantas outras iniciativas que ainda resistem na Baixada Fluminense.

E aí a gente cria o que a gente chama dos “Fóruns Colegiados”, né? Os colegiados de coordenadores. Nesses fóruns não era uma prestação de contas, era uma discussão, era uma discussão de aprendizagem, de ajustes. Então a gente tinha todo esse movimento acontecendo e aí no meio desse movimento de ações e metas de implantação de programa... metas mesmo... você tem planos... eu posso tentar depois recuperar...você me pede isso. O que a gente precisava? Indicadores. Que ações que a gente ia fazer? Implantação da porta de entrada por região, mapa dos movimentos migratórios dos hospitais (Entrevista-gestão A).

A equipe era muito boa, porém muito desconhecadora. Então nós fizemos seminários internos para discutir, por exemplo, um instrumento que nós criamos, que eu chamei de diagnóstico preliminar da rede de saúde mental do Estado para o campo de álcool e outras drogas. Bom, uma das estratégias mais importantes foi a construção do Fórum porque foi a primeira coisa que a gente conseguiu pensar: “Vamos fazer um Fórum. Vamos conhecer uma meia dúzia de pessoas”. Os gestores mais interessados (Entrevista-gestão B).

Por fim, a participação na caravana da cidadania⁴⁰, proposta por um grupo de deputados com o objetivo de estar presente nos locais com violações de Direitos Humanos. Com isso, ocorriam visitas aos hospitais psiquiátricos e ao final era apresentado um relatório com a real situação, levando a denúncias das condições insalubres vivenciadas pelos usuários.

No meio desse conjunto de ações, em 2000, se eu não me engano, há uma caravana da cidadania, que foi com um grupo de deputados, onde o irmão do Pedro, o Paulo Delgado, estava, em Brasília, que percorre uma série de estabelecimentos psiquiátricos no Brasil. Dentre eles, a Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi aqui no Rio de Janeiro. Eu não preciso muito dizer para você o estado de horror. Essa ação, ela vira um documento público e que chama os entes federativos, os Estados e os municípios, a tomarem responsabilidade sobre aquilo ali. Então a gente se vê com esse relatório da comissão da Caravana da Cidadania falando – eu vou me deter só no que

⁴⁰ Maiores informações disponíveis em: <<http://www.dhnet.org.br/dados/caravanas/br/icaravana.html>>. Acesso em: 28 nov. 2019.

“você precisa, né, porque teve vários outros movimentos – falando, por exemplo, da Dr. Eiras de Paracambi (Entrevista-gestão A).

Então a gente construiu esse documento, esse “protocolozinho”, que era um diagnóstico e depois a gente computou isso, né, em gráficos para apresentar no próprio Fórum. Eles se interessaram muito em saber e fizemos seminários internos com a própria equipe, com pessoas da equipe, para devolver um pouco o que era o cenário da questão de álcool e drogas naquele momento na nossa entrada na Secretaria de Estado em dois mil e três (Entrevista-gestão B).

As estratégias aqui apresentadas foram caminhos importantes para uma compreensão do Estado do Rio de Janeiro na construção ou não de serviços que atendiam as demandas da política de saúde mental. Assim, a possibilidade de se adentrar na Baixada Fluminense e melhor explorar aquele território, levando apoio técnico qualificado aliado a novos rumos para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, conforme o movimento iniciado pela parte de resistência e de proposição do Ministério da Saúde nos anos de 2000.

A Entrevista-implementação ao pensar o processo de implementação de uma atenção aos usuários de drogas na Baixada Fluminense relata que a principal estratégia foi o convencimento daqueles que já estavam atuando na saúde mental. “As estratégias? Convencimento, né, primeiro. Convencimento político da importância, né? O convencimento através da discussão da clínica porque nós fizemos fóruns de saúde mental e o convencimento a partir da resolutividade dos casos”.

Então, teve uma receptividade a partir do fato de que vinha muito dinheiro, de que ia ter tanto incentivo quanto custeio, né, mas não houve... a RAPS fez crescer os serviços... Caxias tem consultório na rua, Nova Iguaçu tem consultório na rua, Mesquita a gente trabalha com matriciamento⁴¹, Belford Roxo não. Então assim, aumentou a receptividade por conta da RAPS. Porque tinha incentivo, tinha custeio mensal (Entrevista-implementação).

É unânime a compreensão de que o cenário econômico, político e social colaborou para a efetivação de uma atenção aos usuários de drogas pautada na RD, na prevenção dos riscos e na educação em saúde. No entanto, o caminho da construção desse terreno fértil é pautado pelo apresentado no capítulo 2 desta tese e caminha conjuntamente à grande importância do processo de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras, particularmente,

⁴¹ Ou seja, “**matriciamento** ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Ministério da Saúde, 2011, p. 13).

convocando as gestões municipais de saúde para prover cuidado integral em saúde no território.

Uma vez que os serviços de atenção aos usuários da saúde mental na Baixada Fluminense, em sua maioria, surgem como demanda para resposta ao “fechamento”, iniciado em 2000, da Casa de Saúde Dr. Eiras⁴², Paracambi, que teve seu fechamento efetivado em 2012. Exigindo a ampliação da rede de atenção para esse público, procedente, em grande parte, dos municípios da Baixada Fluminense. Todavia, conforme estudo realizado por Montinho (2015), é notório que esse processo se deu mais em direção à expansão da rede e não à sustentação de uma qualidade nos serviços prestados. Também é possível afirmar que temos uma secundarização do tema atenção aos usuários de drogas diante da preocupação com os serviços para os sujeitos com transtorno mental, particularmente, os psicóticos, público prevalente no asilamento psiquiátrico.

Nesse momento aqui, quando a gente vai para dentro da Eiras de Paracambi, é uma série de ações, a gente fecha a porta de entrada, é ali que começa o início de fechamento, que dura dez anos, né, Eiras de Paracambi. Aí a gente realiza um censo, um censo hospitalar dos pacientes internados daquele momento ali. E aí a gente se depara com o seguinte cenário: dos 1500 pacientes – eu não vou “saber de cor”, mas um número significativo...a gente tinha dois grandes movimentos... um número significativo de pacientes da Baixada Fluminense, dos municípios da Baixada Fluminense e do município do Rio; e um outro conjunto de pacientes do eixo transinstitucionalizados, que foi o fechamento de Vargem Alegre⁴³, se eu não me engano, que foram parar da Eiras de Paracambi. Que por sua vez tinham um município, certo? Eles eram transinstitucionalizados, mas tinham um município de origem (Entrevista-gestão A).

É durante o processo de desinstitucionalização⁴⁴ dos pacientes da Casa de Saúde Doutor Eiras, marcado por disputas políticas importantes no campo da saúde mental, que se apresenta a necessidade de se pensar a implementação de serviços que fortaleçam uma rede de

⁴² A Casa de Saúde Doutor Eiras, em Paracambi, foi o maior manicômio da América Latina e atendia aos sujeitos entendidos como “irrecuperáveis”. Teve sua fundação em 1963 e sua extinção em 2012, sua intervenção era baseada na legitimação da repressão, o que fez com que a instituição fosse alvo de inúmeras denúncias, tais como: sedação por medicação, ausência de acompanhamento médico e psicológico adequado, insalubridade dos leitos, métodos de contenção como amarras e argolas de ferro e uso frequente de eletrochoque, ou seja, violações severas dos direitos humanos. A Dr Eiras se enquadrou em um dos campos de concentração psiquiátrico da Ditadura Militar e que mesmo ao fim da repressão não se findou os atos opressivos e excludentes dos que eram atendidos por neste manicômio.

⁴³ Hospital Colônia Estadual de Vargem Alegre- localizado em Barra do Piraí, foi desativado em 1990.

⁴⁴ É “desconstruir de forma gradual todos os asilos, dando espaço a construção de dispositivos que funcionassem em lógica inversa à manicomial.” (Pereira, Araújo e Costa, 2017)

atenção no território, ou seja, a saída dos pacientes do espaço que marca a violação dos Direitos Humanos e a hospitalização como única forma de tratamento.

Tais medidas passam a representar o caminho para se pensar uma rede de atenção em saúde marcada por uma atenção intersetorial de cuidado integral e universal aos sujeitos. Posteriormente, ganhará a compreensão de uma rede de atenção psicossocial com características próprias da atenção em saúde mental no campo do álcool e outras drogas. O longo o processo de desinstitucionalização aliado a todo o trabalho realizado pela gestão da SESRJ mostrará a necessidade de uma melhor atenção em saúde mental na Baixada bem como do fortalecimento de ações que levem à construção de uma maior e melhor atenção psicossocial: a construção de redes de saúde mental nos municípios da Baixada Fluminense.

Por que esse acontecimento acelera o processo de implantação da Baixada? Porque essas ações que a gente já vinha fazendo, monitorando, elas ganham foco e centralidade na Baixada Fluminense. Então a gente cria, por exemplo, um grupo chamado “grupo dos oito” (estratégia), que eram pessoas...cada um tinha alguns municípios da Baixada de origem, porque eram os mais prevalentes, para estar nesse trabalho de desinstitucionalização dos pacientes da clínica e ajuda à implantação dos serviços e das redes de saúde mental da Baixada Fluminense. Então isso foi um movimento muito importante porque aí você tinha esse grupo de oito e eles faziam supervisão. Eles iam para lá, ajudavam a implantar o CAPS, o que precisava de instrumentos normativos, conversava com o Secretário, dava visibilidade ao número conjunto de pacientes, de tal forma que, em menos de um ano, pelo menos, no meio de 2001 a gente tinha pelo menos um serviço de saúde mental funcionando em cada município da Baixada. E aí era assim...o critério número um para essa implantação... porque você tinha uma série de investimentos... era que eles recebessem prioritariamente os pacientes que saíam da Eiras de Paracambi, né? Então isso foi um movimento muito importante de fortalecimento da rede da Baixada Fluminense (Entrevista- gestão A).

Com isso, entende-se que o processo de desinstitucionalização favoreceu a agilização da construção de redes de atenção na Baixada Fluminense. No entanto, não se pode esquivar da importância da gestão da SESRJ para tornar isso possível, a partir das estratégias aqui citadas e da proposição dos envolvidos, diante da necessidade de intervir nesse cenário desafiador de construção de uma atenção baseada na proteção e prevenção. Bem como, caminhar coletivamente nesse propósito em um terreno extremamente marcado pelo poderio das elites e sobretudo pelo mando político.

Diante disso, nota-se que a abertura política para a implementação dos serviços ocorre por meio de um grande aliado: a verba pública. Criar CAPS significava verba pública para o município, visibilidade e manchetes de jornal. Então, vê-se um cenário favorável aliado à

necessidade da construção de redes de atenção em saúde mental, pois, a rigor, a criação de serviços de saúde mental não é simples. Conforme aponta Pereira e Maia (2018), o movimento de criação de rede de atenção acontece em caráter nacional, mas adentra as especificidades de cada território, assim como apontam a inexistência de uma rede padronizada e sim a formação de redes diante da realidade de cada território e sua vivência com a política de saúde mental.

Mas veja: fortalecimento para um lado, mas vamos lá: um serviço não dá conta da rede. Você tinha que ir construindo as RAPS – que não tinha esse nome – dos municípios. Em alguns deles a gente teve momentos de muita exuberância, como por exemplo, Nova Iguaçu, Duque de Caxias, que eu acredito que por mais precárias que estejam suas redes hoje, são ainda os mais fortalecidos, né? Belford Roxo, Guapimirim. No geral, todos os municípios da Baixada, tomaram para si esse entendimento de que tinha um programa de saúde mental, que tinha uma direção clínica e política de qual é a clientela prioritária a ser assistida, de garantia da assistência (Entrevista-gestão A).

Formar rede foi muito difícil, principalmente nos centros maiores. Os centros menores... eu costumo dizer assim: “Onde não há, é muito mais fácil constituir do que onde algumas iniciativas começaram”. Com raras exceções, os municípios que tiveram – estou falando agora de uma forma macro no Estado do Rio de Janeiro – os municípios que tiveram algum tipo de iniciativa própria, com raras exceções, eles deram muito mais trabalho na construção da rede do que os municípios que não sabiam por onde começar, né? (Entrevista-gestão B).

A formação de rede em saúde mental em cada município não foi uma experiência simples e fala muito sobre a forma como a gestão do município compreende a urgência dessa formação, assim como a urgência do cuidado em saúde mental e, sobretudo, como o recurso público estava chegando para a Baixada Fluminense. Foi a aproximação da gestão da SESRJ com os Coordenadores de Saúde Mental aliados ao Grupo dos 8 que tornou possível a construção dessas redes, pois as falas mostram que esse olhar de perto conseguiu apresentar ao Estado o que realmente carecia de ação e conseguiu apresentar a realidade de cada município.

A mobilização dos agentes e a abordagem dessas informações na III Conferência Nacional de Saúde Mental, debatidas anteriormente na Conferência Estadual de Saúde Mental, têm uma potencial relevância na guinada que tornará a execução da construção dessa rede possível. Com isso, o campo do álcool e outras drogas inicia sua trajetória.

Nesse contexto, há, ainda, um posicionamento forte sobre os rumos da atenção aos usuários de drogas pautada na RD e no reconhecimento da necessidade de uma lógica de

cuidado que atenda a esse sujeito. Como se apresenta na fala da Entrevista-gestão B, ele estará muito ancorado, inicialmente, nas clínicas populares ou nas comunidades terapêuticas, destinadas a prestar serviços aos “dependentes químicos”, e na pressão do Ministério da Saúde de acompanhar o serviço prestado por essas clínicas, as quais prestavam, em sua maioria, uma assistência pautada na religiosidade e filantropia.

Então, alguns municípios exigiram mais a presença e acho que a presença do gestor de Saúde Mental do Estado dentro do município era, no mínimo, um constrangimento a ações de Saúde Mental. Então uma certa regularidade na presença do Estado no município eu acho que ajudou muito alguns municípios a se fortalecerem, os atores a se sentirem acompanhados e, portanto, mais assegurados daquilo que vinham fazendo, com conversas locais, muitas vezes com conversas em alguns municípios. Na Baixada não era tão fácil... mas com o próprio gestor, Secretário de Saúde, né? (Entrevista-gestão B).

Entre 2001 e 2002 chega-se a um momento em que essa rede será composta pelas comunidades terapêuticas, Hospitais Gerais e CAPS AD, pois a compreensão do sentido real de uma rede desenhada pelo viés da RD levará tempo para se desenvolver e se consolidar na Baixada Fluminense e ainda não podemos afirmar que se tem sobre esse pilar. Esse pilar, aqui entendido como uma rede composta por serviços e dispositivos capazes de transitar entre o setor público e privado para a atenção de forma universal e integral aos usuários de álcool e outras drogas e que, sobretudo, reconheça esses sujeitos como cidadãos e possibilite a sua relação comunitária.

A lógica de construção dessa rede, segundo a Entrevista–implementação, também precisa ser pensada através da leitura crítica dessa realidade, desse território e da compreensão sobre o público-alvo a que se destina essa atenção. Como, por exemplo, o que é destacado ao se pensar a necessidade de um serviço que atenda a adolescentes mulheres usuárias de drogas, pois muitos dos serviços precisam surgir a partir da necessidade local.

É...os pacientes eram atendidos todos no CAPS AD nesse horário de oito às cinco e a gente começou a perceber muito a necessidade de implementação da RAPS em função de que ela é interessante do ponto de vista da organização, né, e era uma necessidade que a gente vê premente assim de poder atender esses usuários. Então a gente fez o projeto no município de implantação de Unidade de Acolhimento, a gente fez a escolha do atendimento de crianças e adolescentes porque a gente tinha, enquanto rede, na Baixada Fluminense (...) Então a necessidade maior era de meninas, entendeu? A gente começou a se deparar com uma mudança no perfil do adolescente usuário. A cola saiu, né? Então a gente começou a encontrar o adolescente usuário de droga. Hoje a gente o adolescente dependente

químico. E aí eu comecei a pensar que o CAPS AD no modelo que ele é e é muito difícil você fazer isso, atender adolescente que é usuário de drogas dentro de um CAPS AD, de um lugar de adultos. Tanto que hoje o adolescente usuário é atendido no CAPSI, né? Mas na época não havia. O CAPSI depois foi que se apropriou desse lugar, mas não era. Então era muito difícil atender os adolescentes ali (Entrevista-implementação).

A implementação de serviços na Baixada Fluminense, que posteriormente fariam parte da uma Rede de Atenção Psicossocial, apresenta o caminho incansável dos agentes que compreendiam a importância da formação de uma rede de saúde para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, assim como possibilitava ao profissional uma melhor aplicabilidade das ações de proteção social e RD sociais e à saúde.

No entanto, a realidade apresentada pela Baixada mostra pouca preocupação do Estado em dar respostas às expressões da Questão Social através de políticas públicas universais e garantidoras de direito, uma vez que esse território tem a marca do clientelismo e assistencialismo nas ações públicas. Trazendo um esvaziamento do setor público na Baixada e a ausência de ações legitimadoras de direitos universais como serviços que poderiam fortalecer e assegurar o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

É, a RAPS trouxe para a gente um certo conforto de como é que você poderia desenhar uma rede que pudesse dar conta das ansiedades da gente. Eu acho que isso, de alguma forma, afeta os pacientes, né? De alguma forma traz esse... vai se dar lá na ponta com um...é muito ruim porque assim, como a gente não ampliou, não teve uma mudança nessa relação de você conseguir encaminhar os pacientes para outros lugares, né, de dar uma certa segurança, trabalhar a questão social da vulnerabilidade, né? Não teve. Pra gente que não conseguiu implementar os dispositivos da RAPS... pensar na RAPS foi importante porque trouxe um certo conforto para os profissionais e isso é lógico que vai mudar a relação com o paciente, né? Mas assim, na verdade, não teve tantas mudanças, né? (Entrevista-implementação).

Cabe destacar que o tema álcool e outras drogas entra na agenda governamental da política de saúde de forma tardia, considerando o período de implantação do SUS. No primeiro momento, a atenção será para os usuários de drogas injetáveis frente à epidemia do HIV/AIDS, período fundamental para se gestar o primeiro ciclo da RD no país. No segundo momento, apenas em 2001, através na III Conferência Nacional de Saúde Mental temos documentado o reconhecimento da importância de se pensar os usos prejudiciais de álcool e outras drogas como questão de saúde pública. Por que tardia? Porque desde os anos de 1980 já se tem o COFEN e a Secretaria Nacional de Entorpecente como órgãos estatais para pensar essa temática em conjunto com a sociedade civil, mas o foram reforçadas as ações repressivas

ao comércio e uso de drogas (LIMA, 2009). Logo, a ideia de RD na saúde mental só se fará forte na atenção a partir dos anos 2000, em especial em 2003, com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Diante disso, é relevante destacar a importância da organização dos envolvidos através das conferências estaduais e nacionais, bem como as organizações internas através do levantamento de informações e fortalecimento dos coordenadores de saúde mental para a virada da construção de ações no campo de álcool e outras drogas.

Então, aí quando a gente começa em 2001, que a gente fez a Conferência Estadual, que foi um marco muito importante, ela foi muito significativa, a gente reuniu mais de 500 pessoas e aí a gente pôde pautar também como uma agenda importante essas políticas setoriais: criança e adolescente e álcool e drogas. E aí a gente resolve fazer um levantamento despretensioso com os coordenadores, e aí já com os coordenadores se autorizando na figura das coordenações – isso é importante porque se eles não se autorizassem eles não iam conseguir fazer isso – então a gente cria também um diagnóstico aos moldes do que a gente fez também para a saúde mental em geral, para a área de álcool e drogas (Entrevista-gestão A).

Anteriormente, o que se destacava nas legislações (a Lei nº 5726 ou Lei Antitóxico de 1971 e a Lei nº 6368 de 1976) eram caminhos para a opressão ao comércio e uso de drogas, pautada em ações pensadas e aprovadas pelo Ministério da Justiça, que trouxe intervenções no âmbito da saúde, mas sem o diálogo com a saúde. Logo, apesar do desenho de ação, pautado no surgimento dos centros de atendimento público ou religioso e de serviços especializados, as intervenções ainda eram pensadas pelo viés da segurança pública (MACHADO, 2006).

É, pois é, então, o que acontece? O de crianças e adolescente (CAPSI) também. Eles são temas bem tardiamente, eles aparecem tardiamente, né? Mas ele começa ainda comigo, com a minha gestão, em 2001 para 2002, a gente já começa a fazer esse trabalho das ações de álcool e drogas. Então, veja bem: ainda estava ali no processo de consolidação de uma rede. E aí a gente começa a trabalhar esse tema. Em 2001, em Brasília, não é no Estado, é em Brasília, em 2001, na véspera da III Conferência Nacional de Saúde Mental, uma semana antes tinha um movimento enorme do SENAD em que a coordenação de saúde mental foi chamada no último momento. Sempre teve essa disputa de qual era o lugar, quem mandava, no próprio Estado (Entrevista-gestão A).

Com base no posicionamento inflexível dos sujeitos que ocupavam cargos no Ministério da Saúde, observamos mudanças no olhar para o tema álcool e outras drogas no estado do Rio de Janeiro, conforme já pontuado em parágrafos anteriores e como pontua a Entrevista-gestão A. A partir da posição dessa gestão começa a se encaminhar o tema das

drogas para o âmbito da saúde pública e inicia a preocupação com a formação de uma rede. Esse movimento acontece em nível nacional, o que não destoa da Baixada, onde o debate apresenta algumas especificidades.

Outro ponto relevante era a não compreensão do lugar da saúde mental na política pública, pois o ponto alto das ações foram as Clínicas Populares. A primeira foi inaugurada em dezembro de 1999, sem a presença das autoridades da Secretaria de Estado de Saúde, quando Pedro Gabriel encontrava-se na coordenação estadual de saúde mental, indicando uma tensão interna entre a direção em curso para desinstitucionalizar os serviços asilares da psiquiatria e a indicação do Governo Estadual Anthony Garotinho e Benedita da Silva para replicar no setor público o modelo das clínicas privadas.

A primeira unidade instalada no Rio de Janeiro foi financiada com recursos do Tesouro Estadual e, inicialmente, ancorada na extinta Secretaria de Justiça. Somente no ano 2000, quando a primeira dama, Rosinha Garotinho, assumiu o cargo de Secretária da Secretaria de Estado de Ação Social e o projeto foi tomado como prioridade da gestão estadual para a prevenção à violência e ampliado para Programa Clínicas Populares no governo assistencialista de Anthony Garotinho (LIMA; ALARCON, 2004). E passou a incorporar esta rede.

É, porque a Rita⁴⁵ trabalhou no governo Garotinho ali a frente dessa ação na Assistência Social com as clínicas populares. A proposta das clínicas populares não era uma proposta interessante. Se tornou ali porque a Rita planejou. Se você pensar...o que era uma clínica popular, né? Era um investimento da Secretaria de Ação Social muito pesado no que vem a ser hoje muito parecido com as comunidades terapêuticas, né? (Entrevista-gestão A).

De acordo com a Entrevista-gestão A e a Entrevista-gestão B, a organização de serviços que pautava o tema do álcool e outras drogas, sem relação com a política de saúde, é anterior ao surgimento das Clínicas Populares. Em 2001, quando se realiza o levantamento dos serviços disponíveis nesse campo, se percebe um expressivo número de instituições privadas, filantrópica, religiosas e com fundo público realizando esse trabalho, muitas das quais foram autorizadas pelo COFEN nos anos de 1990. Se desmascara o quantitativo de comunidades terapêuticas ou de clínicas que trabalhavam sob esses moldes e com um apelo governamental, por meio do incentivo financeiro proposto pela SENAD (BRASIL, 2001).

⁴⁵ A entrevistada está se referindo à gestora do Programa Clínicas Populares do período, de quem refere ter ocorrido ações partilhadas naquele contexto.

E a gente quase caiu dura porque isso que a gente olha hoje, a gente reconheceu lá atrás e a Baixada então...um conjunto absurdo...um número significativo de estabelecimentos aos moldes das comunidades terapêuticas sem ter a menor visibilidade pública. Então, é o primeiro movimento que a gente começa a ver é que já tinha um número significativo nos municípios de estabelecimentos que não eram de saúde operando para essa clientela sem que tivesse nenhuma regulação do Estado. (...) Então a ideia era: investe na rede pública de álcool e drogas para você ir mexendo nesses fluxos. As clínicas populares, elas foram muito importantes para a gente nessa parceria porque elas davam conta de circular nelas uma grande clientela. (...) A gente sempre trabalhou muito com essa ideia do caso, do usuário guia. Também não tinha esse nome. Agora é que bem mais tarde a gente foi trabalhando isso. A gente pegava a situação, uma situação, e a partir dela a gente ia pensando estratégias de cuidado, de inclusão de reinserção social daquele munícipe, no seu município. Mas eu te digo que sempre foi muito tímido, muito tímido...e aí talvez eu acho que você possa pegar...depois da III Conferência Nacional isso cresce...é a própria Portaria...você não tinha, né, os CAPS não tinham... você vai criando depois os CAPS e aí tem um outro movimento, mas mesmo assim, por mais que tenha, eu acho que tem, ele foi em um movimento diferente dos demais (Entrevista-gestão A).

Eram clínicas. Eram meio Comunidades Terapêuticas, meio clínicas. Elas não eram clínicas, porque elas não tinham...era um hospital. Então elas ficavam em um certo limbo, que também não dava nem a saúde a condição de fiscalizar, de fazer algum tipo de... só a vigilância sanitária, de fato, poderia ter algum...porque tem em qualquer órgão público de Assistência. Eram clínicas ligadas à Assistência Social e na medida em que algumas parcerias foram sendo feitas através da Rita Cavalcante... a Rita, na época em que eu era da gestão, gestora do campo de álcool e drogas lá na Secretaria de Saúde, ela era gestora na Assistência. A gente fazia reuniões de parceria. Veio também uma proposta de construir uma terceira, que nós conseguimos barrar, eu e a Rita, que era para criança e adolescente. Porque a Rita dizia: “Olha, vai ter que abrir outra, não vai ter jeito. Vamos fazer o quê? Vamos pensar em que perfil?” Porque era uma posição política, era uma determinação como a gente está assistindo agora. Não havia como fugir disso. O que a gente podia fazer era tentar fazer disso alguma coisa que nos interessasse, né? (Entrevista-gestão B).

A descoberta sobre os serviços existentes foi fundamental para se pensar estratégias de ações que auxiliassem na mudança de assistência, uma assistência que mais à frente seria incorporada ou até mesmo extinta, engolida pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, cujo a ação é o debate no SUS, por meio da reformulação da atenção. As estratégias utilizadas pela gestão já foram apresentadas neste capítulo, mas cabe reforçar que tais ações representam medida de apresentação dos dados para busca de caminhos que adentrem a construção de política de atenção no campo do álcool e outras drogas, pautadas no cuidado desses sujeitos e não na “guerra às drogas”.

A demanda para atender questões ligadas a álcool porque vi um certo vazio naquele momento também de instituições públicas, principalmente; privadas não, né? Sempre houve como o privado absorver alguma coisa, especialmente... não exatamente privadas todas, mas algumas sim, Comunidades Terapêuticas, como a gente está assistindo agora um retorno violento e apoiado. Eu estava falando outro dia com um amigo meu: “O pior momento que eu vivi na minha vida é esse que eu estou vivendo agora, porque tudo o que eu trabalhei para não acontecer” (Entrevista- gestão B).

Um dos maiores problemas que eu me lembro que eu identifiquei em relação a Baixada foi o número enorme de municípios da Baixada ocupando leitos do Rio de Janeiro. Assim como o contrário: municípios do Rio de Janeiro, não na Baixada, mas em outros hospitais fora do Rio, ocupando leitos psiquiátricos, mas principalmente, aquelas vagas nas clínicas que naquela época eram as clínicas da Assistência. Você lembra dessas clínicas? A clínica de Valença, a clínica de Santa Cruz, a clínica de Barra Mansa. Valença era um terço da Baixada, era muita gente (Entrevista-gestão B).

É importante observar que a Secretaria de Estado de Saúde tinha duas das três unidades portas de entrada para as Clínicas Populares, todas situadas no Município do Rio de Janeiro, o que facultava acompanhar o fluxo dos encaminhamentos realizados pela própria saúde a essas unidades. Ocorre que essas unidades estaduais – o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro e o CENTRA-RIO –, recepcionavam o deslocamento das pessoas da Baixada, avaliadas ou não pelos serviços de saúde municipais, em busca de uma vaga nessa internação eletiva, cujo período máximo de internação era de até 60 dias (LIMA; ALARCON, 2004). Com uma rede municipal de saúde mental em construção na Baixada, esse fluxo se manteve para as unidades do Estado, demonstrando o processo tardio de tomada de responsabilidade do cuidado em saúde mental desses sujeitos e a disputa sobre as próprias concepções de cuidado na área.

Nota-se que o espaço do álcool e outras drogas no Brasil sempre foi permeado por uma disputa intensa entre segurança, medicina e religião. A intensidade sempre colocou na arena política a decisão de como gestar esta questão e essa gestão sempre se deu a partir de como compreender as questões das drogas. Diante disso, observa-se que se o campo de debate sobre as drogas tinha como referência um trato conservador, o qual era perpetrado e mostrava como se entendia essa temática. Por outro lado, tínhamos uma referência progressista, pautada na RD, e que também falava sobre os agentes por ela defendidos. Logo, o tema sempre foi disputado e mostrou muito mais sobre como a sociedade vê a temática, do que sobre a compreensão única de como pensar medidas interventivas nesse campo.

Eu acho que as disputas de narrativas, de entendimentos, elas sempre estiveram colocadas, né? Você sempre teve assim essa bancada hospitalar, a bancada dos líderes religiosos, sempre teve isso. Você vê aí...teve um recrudescimento agora... acho que talvez a gente tenha tido uma baixa de governabilidade, mas essa pressão sempre existiu e se você vai olhar as linhas históricas, olha quanto tempo as questões de álcool e drogas não ficavam ligadas ao gabinete direto, né? A ingerência da saúde mental, o nome de política de saúde mental álcool e drogas, o próprio nome chega bem depois. É muito, muito recente. Eu acho que foi sempre um lugar de muita, muita tensão. Muita tensão, muita disputa, mas a gente conseguiu até um certo ponto segurar, né? Aumenta infelizmente no governo Dilma. Quando a própria... esqueci o nome dela... uma pessoa do PT que tinha toda uma ligação com comunidade terapêutica. Isso começa a aparecer aí quando você tem a troca, por exemplo, do governo do Pedro para o Tykanori, a linha do Tykanori que não consegue sustentar e entra o Valencius, né? Essa disputa aí... 2014... acho que 2014 começa esse... mas ainda tinha muita luta ali, né, mas teve uma abertura importante (Entrevista-gestão A).

A disputa colocada se apresenta na ordem da gestão e trato da coisa pública, fazendo com que, em alguns governos, se andasse mais na direção de uma política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas de cunho mais repressivo e em outros momentos nem tanto. Em momentos mais repressivos atua na legitimação do não cuidado da atenção aos sujeitos e sim da “guerra às drogas” e encarceramento dos traficantes e usuários de drogas, seja nos presídios, seja nos manicômios. No entanto, o posicionamento demarca que alguns sujeitos e posicionamentos políticos são de fundamental importância para se apresentar qual o rumo que a política de atenção deveria percorrer após os anos 2002.

E o campo da Saúde Mental vinha se constituindo, né? Eu quando dou aula de Política eu costumo dizer isso: “O campo da Saúde Mental foi a condição... sendo constituído e solidificado nos anos 80, final dos anos 80, ao longo dos anos 90, foi a condição de possibilidade para se pensar uma política de álcool e drogas”. Né? Dentro desse campo e de uma forma minimamente protegida com instrumentos políticos que deram sustentabilidade a isso e não fora do campo da Saúde, principalmente, que é o que a gente assiste, volta e meia a tentativa de fora de Saúde. Entrando nesse campo, a gente vai descobrindo isso, né? Entrando no território do Estado, botando as pernas, porque toda semana tinha um município pelo menos que era visitado em uma região do Estado. Então toda semana, fora os dias de trabalho dentro da Secretaria atendendo pessoas...e aí uma coisa que aconteceu naquela época que me deu muito trabalho, muito mesmo, foi a implementação dos CAPS AD, o que a política podia sustentar...você perguntou da rede e era isso, a política pensava já a partir dos CAPS, né? (Entrevista-gestão A).

Como já dito aqui, na Baixada Fluminense isso não é diferente, ao contrário se afirma a partir da especificidade desse território. Nota-se que a construção de redes de atenção na

Baixada aliada à construção de uma atenção edificada nesse campo é iniciada a partir da implementação dos CAPS AD e após os Consultórios na Rua. No entanto, as entrevistas relatam que esse terreno se torna propício a partir da aproximação com a Atenção Básica de Saúde que possibilita a compreensão mais amplificada sobre o tema saúde mental no território.

O que favoreceu? Ah, na Baixada Fluminense só foram implantados CAPS e CAPS II, né? E alguns Consultórios na Rua. Então eu acho que o que favoreceu foi a discussão com a atenção básica. A implementação da RAPS...tanto que hoje na saúde mental lá de Mesquita, a gente tem uma discussão importante com a atenção básica. A importância de você estar entendendo que o paciente é seu e é deles, né, de você poder contar com eles e entender que o paciente não tem só um transtorno a partir da substância ou um transtorno mental. Ele é uma pessoa, né, então assim, o trabalho de matriciamento é importantíssimo, o trabalho com os NASFS é importantíssimo. Acho que o que favoreceu foi ampliar a responsabilidade, entendeu? A partir dos consultórios nas ruas, por exemplo, do redutor de danos que veio na RAPS também, que é a partir do pessoal que fez o PET-Saúde, que era um programa de incentivo financeiro para estudar, então era formação profissional. Foi feito, por exemplo, primeiro em Niterói na UFF. E aqueles redutores de danos formados na UFF, eles vieram para todos os lugares. Então assim, o reconhecimento da importância do redutor de danos, enquanto um agente de contato aí da cooperação com os profissionais (Entrevista-implementação).

Ao indagar sobre a efetivação da rede de saúde mental na Baixada Fluminense, é unânime a afirmação de que não se tem uma rede ampliada e sim uma rede composta por um número mínimo de serviços (de acordo com cada município) e sobretudo pensada apenas pela política de saúde, sem o reconhecimento da importância do debate intersetorial com as demais políticas sociais (como política de Assistência Social, Previdência Social, Esporte, Educação dentre outras).

Na Baixada como um todo? Assim, a gente conseguiu essa aproximação com a atenção básica que foi importante. Então o consultório na rua de Caxias funciona, o consultório na rua de Nova Iguaçu está lá atendendo, né, mas também não ampliou os serviços, porque esses municípios sempre tiveram a mesma quantidade de CAPS que tem, desde a implementação. Todo mundo tem três serviços. Caxias tem quatro. O de Mesquita agora vai virar CAPS III. Está tudo certo e só falta terminar a obra. Mas ampliação da rede só os consultórios na rua. Ninguém montou Unidade de Acolhimento, entendeu? Não tem CAPS AD III na Baixada. Não tem. O de Caxias está lá, tudo aprovado, mas não...entendeu? Então assim, não teve ampliação da rede. O que aconteceu na Baixada? Não ampliou a rede. Foi isso o que aconteceu (Entrevista-implementação).

As falas das entrevistadas nos possibilitam uma perceber grandes mudanças no cuidado no âmbito do SUS, ultrapassando a única oferta local de natureza comunitária referida – o Alcoólicos Anônimos (A.A) e o Narcóticos Anônimos (N.A) –, reconhecendo que a lógica se tentava implementar ia além da proposta dessas associações, as quais pregam a abstinência como única saída. As entrevistas apresentam, ainda, uma análise crítica forte sobre a necessidade de a atenção ir além desses espaços, possibilitando a escolha do sujeito pelo caminho a ser escolhido, podendo destacar que:

Teve mudanças, né? Porque os pacientes eram atendidos, em sua maioria, nas Comunidades Terapêuticas e hoje o CAPS faz a diferença. Ter CAPS AD em cada município faz a diferença, porque você oferece uma outra linha de possibilidades, né, para a pessoa que não se adapta no “A.A.” e no “N.A.”, né, não consegue ficar lá, teoricamente mentindo que não está fazendo o negócio, que está abstêmio, porque não está e é obrigado a dizer que está, né? Na comunidade terapêutica também. Então, assim, o CAPS oferece uma linha de cuidados baseado na RD. Então isso faz toda a diferença, entendeu? A estratégia do CAPS AD é “a” estratégia de tratamento. A questão é que a coerentíssima não conseguiu ampliar os espaços (Entrevista- implementação).

Por fim, solicitou-se que os entrevistados fizessem uma análise reflexiva sobre o debate atual da RAPS na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a partir das experiências vivenciadas na questão do álcool e outras drogas em especial no período de formulação e implementação de uma política de atenção baseada na RD, autonomia dos sujeitos e na relação comunitária. As respostas trouxeram tom de indignação, preocupação e saudosismo em relação aos possíveis avanços proporcionados até o momento. No entanto, também foi possível um toque de esperança.

Eu acho que a gente está prevendo as trevas mesmo assim, porque eu acho que muita coisa vai passar, vai se consolidar, eu não tenho esperança de que a gente vai... a polarização política é muito forte... eu não tenho esperança de que a gente vai ter um governo de democracia popular tão cedo no Brasil, que possa reverter isso que está acontecendo. Acho difícil a adesão dos profissionais. Então eu acho difícil que a gente consiga reverter a nível nacional isso. Esse governo, se sair esse Bolsonaro, não significa que vai entrar alguém. Não significa porque vai ter uma resistência muito forte, que a gente sabe. E mesmo que venha uma mudança assim, a valorização desses locais fechados eu acho que é uma tendência. Eu acho que é uma tendência (Entrevista-implementação).

Nacionalmente é uma disputa e uma atenção muito grande, uma fragilidade muito grande. Como é que isso se opera nos municípios? Tem municípios que têm maior poder de enfrentamento e resistência e outros com menor poder de enfrentamento e resistência. Mas é uma rede muito tímida e

incipiente, o que fragiliza ainda mais os movimentos de resistência, porque, independente de tudo isso que está acontecendo, dar incentivo à comunidade terapêutica, de tudo o que está acontecendo agora, você internamente, o campo, ele é muito fragilizado. Mas eu acho que a política, ela é extremamente dinâmica. A política é feita de gente, dinâmico, cravado de disputa de narrativa e é nisso que eu aposto. Eu vou dizer que a gente tem que ter muita resistência, muita luta, muita militância e vamos ver até onde a gente vai resistir. Eu acho que eu nunca vi um momento mais difícil como esse, nunca pensei que a gente ia passar por um momento assim. Vamos ver quais são as disputas e as nossas capacidades de resistência, né? Eu quero acreditar que nunca está tudo dominado, que a gente sempre pode fazer movimentos moleculares, né? (Entrevista-gestão A).

Sob esses ângulos, as entrevistas mostram um caminho árduo da construção de uma atenção aos usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense e nos presenteiam com informações às quais não tivemos acesso em outros estudos. Compreender a constituição dos serviços de saúde mental para a construção de redes de atenção psicossocial na Baixada a partir desses agentes também é fundamental para a nossa compreensão histórica e política do campo da saúde mental e nos mostram pistas para seguirmos na resistência de caminhos que tentarão retornar à lógica abstêmica e manicomial.

4.3 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na Baixada Fluminense: dilemas, enfrentamentos e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas

Neste ponto será realizada a análise dos dados coletados junto aos informantes-chave trabalhadores da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas na Baixada Fluminense, tendo como campo analítico os CAPS AD localizados nessa região. Sob a perspectiva de análise da formulação e implementação de política social, atravessada pelas categorias teóricas a destacar: análise de política pública, rede, droga, redução de danos (RD), atores e território, os quais estão relacionados com os objetivos específicos da presente tese.

A RAPS na Baixada Fluminense deve ser compreendida como redes de atenção, pois cada município aqui estudado (Belford Roxo, Magé, Mesquita e Nova Iguaçu) apresentou configurações diferenciadas na composição da RAPS que se dá a partir da organização de cada município que compõem a Baixada Fluminense. As RAPS são compostas por serviços e sua funcionalidade é operacionalizada através dos trabalhadores dos CAPS AD. Com isso, apresento um quadro que mostra os serviços que compõem a RAPS por município estudado nesta pesquisa.

Tabela 7 – RAPS nos municípios pesquisados

MUNICÍPIO	SERVIÇOS QUE COMPÕEM A RAPS
Belford roxo	Ambulatório de Saúde Mental CAPS II CAPS AD CAPS I CRAS CREAS Centro Pop Comunidade Terapêutica Política de Educação Residência Terapêutica
Magé	Ambulatório de Saúde Mental CAPS AD CAPS AD III CAPS I Emergência Psiquiátrica Leito em Hospital Geral Residência Terapêutica
Mesquita	Ambulatório de Saúde Mental CAPS II CAPS AD CAPS I CRAS CREAS CentroPop CEO Clínicas da Família Casa da Mulher Conselho Tutelar Cultura Educação Emergência Psiquiátrica NAM NAF PSF Residência Terapêutica UBS
Nova Iguaçu	Ambulatório de Saúde Mental CAPS III CAPS AD CAPS I CRAS

	<p style="text-align: center;">CentroPop</p> <p style="text-align: center;">Clínicas da Família</p> <p style="text-align: center;">Emergência Psiquiátrica</p> <p style="text-align: center;">Hospital Geral</p> <p style="text-align: center;">Residência Terapêutica</p> <p style="text-align: center;">UBS</p> <p style="text-align: center;">UPA</p>
--	--

Fonte: Elaboração própria a partir da fala dos entrevistados.

Para melhor compreensão desta articulação de serviços que compõem as redes da Baixada, a seguir faremos uma análise sobre as concepções da RAPS e o funcionamento das RAPS vislumbrando apresenta a RAPS na Baixada Fluminense.

4.3.1 Breve caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa de campo

Conforme informado anteriormente, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense tem sua organização a partir dos anos 2000 por incentivo do Ministério da Saúde, através da SESRJ e sua militância para a configuração de um novo paradigma de cuidado para esses sujeitos. Um cuidado calcado no território, no SUS e na construção de uma rede de atenção em saúde, que, posteriormente ganhou uma normatização e o nome de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Com a nova orientação de cuidado, temos o CAPS AD, compreendido como o ordenador da assistência junto às equipes da atenção básica, conforme previsto na RAPS, sendo serviços que estarão à frente de ações, iniciativas e organização do território para a atenção às pessoas com usos prejudiciais de drogas. A partir dessa compreensão, como já destacado no Capítulo 1, escolhemos convidar apenas sujeitos que já trabalharam em CAPS AD em período superior a 1 ano, cujo serviço é inclinado e estratégico para os usuários de drogas.

A pesquisa foi realizada com 17 profissionais atuantes na Política de Saúde Mental com ênfase no álcool e outras drogas na Baixada Fluminense, sendo 1 entrevista descartada pois o profissional estava há menos de 1 ano no CAPS AD. Sobre o sexo dos entrevistados: 14 declaram ser do sexo feminino e 02 do sexo masculino, demarcando mais uma vez o papel da mulher em profissões relacionadas à política de saúde bem como assim à ordem do cuidado. Dentre os entrevistados, 13 declararam ter entre 30 e 49 anos e 03 entre 53 e 61 anos, nos apresentando que a maioria está com idade para o pleno exercício profissional. Ao

indagar sobre o vínculo religioso: 5 relatam não possuir religião, 05 católicos, 5 evangélicos e 1 espírita. Dentre eles, 8 afirmam ser de cor parda, 6 branca e 2 preta. Portanto, os profissionais entrevistados na Baixada Fluminense são majoritariamente do sexo feminino, jovens adultas, religiosas e negras.

Os 16 profissionais entrevistados são de nível superior e estão em pleno exercício das suas carreiras, suas formações são: 8 Psicólogos, 4 Assistentes Sociais, 1 Fisioterapeuta, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Enfermeiro e 1 Pedagogo. Desses 16 profissionais: 02 são Coordenadores de Saúde Mental, 14 técnicos de CAPS AD (reconhecidos como Técnicos em Saúde Mental). Cabe destacar que existem outras categorias profissionais envolvidas no trabalho do CAPS AD, tais como: educador físico, químico, administrador e farmacêutico.

A média de tempo de trabalho na instituição para os 16 entrevistados é de: 1 até 2 anos para 3 entrevistados, 4 até 7 anos para 9 e de 10 até 13 anos para 4 entrevistados. Sobre o tempo de atuação profissional na Baixada Fluminense: de 1 até 3 anos foram 6 entrevistados e de 7 até 19 anos para 10. A estimativa temporal nos apresenta um tempo favorável para análise do território e a compreensão do exercício profissional no campo do álcool e outras drogas na Baixada Fluminense. Além disso, também nos apresenta uma baixa rotatividade de profissionais em alguns municípios, auxiliando na criação e fortalecimento do vínculo com os usuários de álcool e outras drogas.

Dos envolvidos na pesquisa, o relato sobre a experiência profissional na Política de Saúde Mental, 9 dos entrevistados apresentam ter experiência nessa área, enquanto os demais possuem experiência em áreas afins à profissão. Com relação à formação profissional na área, 12 dos entrevistados possuem especialização na atenção em saúde mental, em sua maioria em instituição privada e apenas 3 na FIOCRUZ. Essa informação nos apresenta uma qualificação para a atuação profissional na política de saúde mental, aliada a uma preocupação com a formação continuada.

Sobre o vínculo empregatício: 6 dos entrevistados foram contratados por contrato de trabalho, 4 concursados, 2 por cargo comissionado, 1 por CLT, 1 por PJ, 1 por nomeação e 1 por Recibo de Pagamento Autônomo (RPA). Com faixa salarial de: 1 até 3 salários mínimos para 13 entrevistados e de 03 até 06 salários para 04 entrevistados. É notório quanto a política de saúde mental na Baixada Fluminense também sofre a precarização dos contratos de trabalho, o que terá um impacto forte na condução dos seus processos de trabalho, sobretudo no que tange à insegurança profissional e ao rompimento de vínculos com os usuários.

Apresentar o perfil dos entrevistados é possibilitar ao leitor a compreensão dos sujeitos que estão à frente da ordem do cuidado na Baixada Fluminense e me leva a uma leitura sobre quem são esses sujeitos envolvidos na Política de Saúde Mental da Baixada.

4.3.2 Concepções sobre a RAPS

Um aspecto investigado no estudo diz respeito às concepções dos gestores e profissionais sobre a política de saúde mental no âmbito do álcool e outras drogas e sobre os usuários de drogas, além de suas percepções sobre a RAPS, seus princípios e funcionamento na Baixada Fluminense. Isso se dá por compreender que no processo de construção de uma política pública, as concepções dos agentes implementadores da política afetam a dinâmica de sua constituição e funcionamento, conforme aponta Lotta (2018). Com isso, entender a política de saúde mental, álcool e outras drogas é buscar os informantes-chave que participam da implementação desta política, os quais relatam desconhecer a história de formulação e implementação da política aqui estudada.

Ao indagar os entrevistados sobre seu papel como profissionais no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, nota-se que muitos expressam não compreender a partir da literatura e da política governamental, mas ao iniciar uma análise sobre o seu processo de trabalho temos acesso a informações importantes de como esse trabalho é construído. A fala dos entrevistados apresenta palavras como: “fazer a RAPS existir”, “ir além dos atendimentos”, “reabilitação”, “articulação de serviços”, “articulação de pessoas”, “articulação de rede”, “facilitar o acesso”, “acolhimento” e “suporte”.

Logo, observou-se que uma parte dos entrevistados não possuía muita clareza a respeito de seu papel na atenção ao usuário de álcool e outras drogas no âmbito da RAPS. Outros, no entanto, apontaram para uma concepção compatível com o que propõe a política de saúde mental na atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Assim como apresentam o entendimento de que a RAPS retrocedeu um pouco diante do que estava proposto na política de 2003.

Então, primeiro acho que seria fazer a RAPS existir de fato, ser atuante no município, né? A gente não pode considerar só o município ter o CAPS. Isso é RAPS? Não. A Rede de Atenção Psicossocial é muito maior do que isso, ela vai além disso, a intenção dela não é só ter mesmo o dispositivo ali. Mas esse dispositivo funciona conforme ela aponta? Conforme ela se elaborou pra poder se construir como uma política pública substitutiva? Que se mantém essa bandeira até hoje independente dessas últimas leis... nem leis...

foram algumas Portarias... esqueci o nome, mas isso para a gente... a gente mantém a 3.088 porque para a gente não mudou nada (Entrevista 1).

Aquilo que eu posso exercer (risos). Olha, é difícil responder. Acho que é ser facilitador o tempo inteiro disso, não só para os usuários, mas em relação a equipe, em relação aos outros serviços, né? É fazer essa rede funcionar ou tentar com que ela funcione (Entrevista 6).

Bom, o meu papel é de acolhimento, né? Eu não sei se te respondo por esse caminho, é de acolhimento, de atendimento individual, de elaboração de oficinas. E, de uma forma geral, eu entendo que eu estou aqui para fazer com que essas pessoas se sintam um pouco melhor e ter condições de se ressocializar e ter condições de retomar as suas vidas profissionais, suas famílias, enfim, essa é a minha expectativa dessa minha passagem por aqui (Entrevista 12).

A compreensão do papel dos profissionais entrevistados na RAPS, apesar de toda a fala inicial de “não saber definir” se apresenta de forma direta com as diretrizes e objetivos da RAPS conforme a Portaria 3.088/2001. Fica claro a absorção das diretrizes e princípios no exercício profissional desses sujeitos com a compreensão da necessidade da ampliação do acesso dos usuários de álcool e outras drogas nos serviços que compõem os pontos de atenção e ao cuidado psicossocial sobre a perspectiva da RD (BRASIL, 2011a).

A compreensão do fazer profissional na RAPS perpassa a compreensão do que é esta rede e como o seu trabalho se materializa através do cotidiano no CAPS AD e na sua relação com o território, os serviços e os sujeitos. A ideia do exercício em rede proposto pelo entendimento do profissional na RAPS é a necessidade fundante da compreensão de que existe uma maneira de se fazer a clínica do álcool e outras drogas que não se dá apenas por meio da internação⁴⁶ e da abstinência⁴⁷. Sobretudo entendendo que a internação e a abstinência podem ser uma ação, mas o exercício profissional não se deve limitar a esta ação (NICODEMOS; ELIA, 2016).

Mas ainda é notório que alguns profissionais não compreendem a sua função ou o seu papel no CAPS AD, em especial nas profissões em que a atuação na Saúde Mental é recente, como: o educador físico e a fisioterapia. Isto esbarra em questões importantes para o profissional pois alguns relatam não conseguirem entender o seu lugar no CAPS AD e na atenção aos usuários de drogas.

⁴⁶ Internação aqui pensada com a proposta que consta na normatização para os cuidados clínicos com reserva de leitos nos Hospitais Gerais. Ou a proposta de oferta de cuidado realizado pelos CAPS AD III, conforme estabelece a Portaria 130/2012 como serviço de “abrigamento 24 horas de pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas”.

⁴⁷ Compreendendo a abstinência como algo que pode ser alcançado, mas não como única regra e meta de cuidado.

É notório que alguns profissionais desconhecem as diretrizes da RAPS e até mesmo a trajetória política de constituição do campo da saúde mental no contexto da luta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para certas profissões fora do campo psi em seu sentido estrito e com uma formação fortemente clínica ou reabilitadora, o conhecimento sobre o que seja a saúde mental e quais as possibilidades de intervenção profissional nesse campo é praticamente nulo antes da inserção no próprio campo. Nesse sentido, a fala da entrevista 3 é bastante ilustrativa.

Ah, então, na verdade, quando eu entrei aqui eu nem sabia que a minha profissão se enquadrava na saúde mental. Aí como eu fiz o processo seletivo e tal, entrei, aí eu nem conhecia o CAPS. Aí me mandaram. Na verdade, eu já tinha até uma conhecida que trabalhava no CAPS infantil e aí ela falou: “Nossa área e tal, ela fica dentro do CAPS” Aí eu entrei e assim, aos poucos que a gente vai pegando. Aí hoje eu faço esse trabalho de caminhada, eu observo aqueles pacientes que precisam de uma fisioterapia, para encaminhar para o ambulatório e aí eu dou aquela dica, aquele encaminhamento. E o resto é igual a todo mundo, faz o acolhimento, faz aquela coisa toda, o atendimento individual. Aqui eu atuo dessa forma (Entrevista 3).

É notório que a compreensão desses gestores e técnicos sobre a Política de Saúde Mental na atenção aos usuários de álcool e outras drogas também fala sobre o entendimento acerca do papel desses sujeitos na RAPS. Nota-se que alguns apresentam maior entendimento e outros (poucos) ainda têm dificuldades para entender sua função em um espaço dinâmico e plural, marcado pela ausência de rotinas.

É notório que ao dialogarmos sobre a concepção de política de atenção, a palavra política em diversos momentos é expressa pelos entrevistados como o traço político que a Baixada Fluminense carrega sobre os mandos e desmandos de uma elite opressora, conforme já destacado neste capítulo. O termo político é carregado de conotações negativas, sendo associado ao jogo clientelístico ou a interesses próprios. Não foi raro os entrevistados expressarem que para o funcionamento da política de saúde mental na região é necessário submeter-se a acordos políticos, muitas vezes político partidário, para que o exercício de uma ação no campo do álcool e outras drogas aconteça. Dificilmente se tem um discurso destoado dessa compreensão, como ilustra a Entrevista 13 ao mencionar a política de saúde mental na Baixada Fluminense: “[a política] ainda é muito precária, né? Ainda muito deficiente. Eu acho que não tem um olhar ainda para isso, ainda não está com um olhar para isso”.

Por outro lado, alguns depoimentos apontam para possíveis ganhos advindos da articulação política no sentido de conferir maior visibilidade e prioridade à política de saúde mental.

A gente passa por momentos delicados, né, mas no momento eu acho que a coordenadora de Saúde Mental tem uma boa entrada com os gestores, né, com a questão da política e acho que isso faz toda a diferença pra garantir o nosso trabalho e ouvir nossas demandas e assim eles podem estar ajudando a gente. (Entrevista 7)

Eu acredito que se tivesse um olhar mais cirúrgico sobre isso, da política, voltado para o álcool e drogas, nós seríamos mais capacitados, mais felizes, né, nesse manejo com os pacientes (Entrevista 12).

Outro ponto que merece destaque é que apenas três dos entrevistados conseguem identificar a inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas como parte da política nacional de saúde mental e da Política do Ministério da Saúde para a atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. No entanto, todas as falas trazem a afirmativa de que a atenção ao usuário de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense está vinculado ao funcionamento do CAPS AD e tem como queixa a ausência de investimento público para melhorias no CAPS AD.

A vigente⁴⁸ é péssima. A antiga era alguma coisa que a gente conseguia uma intervenção maior, né? Hoje acho que está muito difícil. Aqui em si, no município, esses atravessamentos com o CAPS AD, dessa nova política aqui não chegou, né? Eu acho que eles estão respeitando um pouco a direção que eu estou dando na política aqui, né? De investir no CAPS AD, de transformar ele em CAPS AD III, da gente já estar começando a pensar em uma U.A., em uma Unidade de Acolhimento adulto, o CAPS adulto virar CAPS III. Eu acho que aqui a gente está conseguindo minimamente cercar um pouco pra que essa coisa meio atravessada da política hoje de abstinência... a gente não está fazendo, entendeu? (Entrevista 10)

Tirando a questão financeira, que a gente sabe que muda um pouco em relação... quando a gente pensa na perspectiva política é uma coisa, quando a gente pensa no investimento no serviço é outra coisa. Então, infelizmente eles deveriam ser coerentes e não são. Eu acho que na política em relação a drogas, eu acho que a gente teve vários avanços. Infelizmente agora a gente está em um momento de retrocesso, seremos resistência até o fim (risos), mas até então eu acho que a gente teve um avanço muito grande, não só na rede em si, como na atuação dos profissionais. Hoje em dia a gente vê muito mais fóruns, muito mais congressos, muito mais trocas entre os profissionais, muito mais debates; eu acho que isso vem qualificando e ampliando. Eu acho que a Baixada Fluminense ganhou uma representatividade muito boa de uns tempos pra cá. Acho que hoje em dia a gente vê muita coisa que é lançada, que sai a partir de trabalhos da Baixada Fluminense e Centro-Sul ali também, mas eu acho que infelizmente os investimentos financeiros não vêm de acordo com isso, então a gente trabalha dentro de uma precariedade muito grande que dificulta para conseguir colocar na prática aquilo que a gente entende como correto (Entrevista 15).

⁴⁸ Falando da política de saúde mental.

Então a gente melhorou muito estruturalmente, a equipe está uma equipe coesa, né, uma equipe que consegue falar a mesma língua, mas assim, a gente está enfrentando agora essas barreiras com essa política que está vindo do governo federal pra baixo, né? Essa nova política de saúde mental, a lei de combate às drogas que retira a RD do texto; e o CAPS AD trabalha com RD. Então a gente vai tentando, a gente vai fazendo um trabalho ali no miúdo, né, tentando fazer o melhor para esse paciente, mas assim, efetivamente como município eu não vejo algo mais efetivo, eu não vejo um interesse maior. A gente está sendo muito assediado pelas comunidades terapêuticas que cresceram muito; e elas tem sido um desserviço e você saber que esses lugares de violação dos direitos, de trabalho forçado, de punição, esses locais vão poder receber um incentivo, né, o dinheiro. Então a gente vem tentando, né, fazer a diferença, mas assim, que haja uma política específica, a gente não vê, pelo menos (Entrevista 16).

As falas nos apresentam o papel do CAPS AD como ordenador do cuidado na atenção aos usuários de drogas mesmo diante dos avanços ocorridos ao longo dos anos na política de saúde mental e os atuais retrocessos.

O CAPS em seu princípio, não é um serviço de saúde mental entre outros, mas uma lógica territorial de atenção, o polo de encarnação no território de uma política de uma lógica de cuidado articulado em rede. Não é portanto, concebível que o CAPS não seja, ele próprio, uma instância em rede. Ele é como uma aranha que retira do seu próprio ventre os fios que tecem a teia em torno dele, e esta teia é uma rede viva (NICODEMOS; ELIA, 2016, p. 373).

Foi possível ouvir também uma série de denúncias sobre as precárias condições que se encontram os CAPS AD e o quanto que isso atrapalha o processo de trabalho que precisa estar vinculado à proposta de RD.

Outro ponto importante levantado nas entrevistas são as denúncias de como o manicômio está sendo forjado através das Residências Terapêuticas, como aponta a Entrevista 5 “residência terapêutica, no meu ponto de vista, hoje ele é um mini abrigo, hospício, seja lá o que for, porque não tem aquela definição da pessoa poder ter a liberdade para poder sair”. A maioria das falas é marcada pela preocupação com as tendências recentes que se colocam para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que alguns chamam de internação, outros de CTs. De fato, boa parte dos entrevistados manifestou sua posição contrária à medida imposta pelo Governo Federal através da denominada “Nova Política de Saúde Mental”, de 2019, e da Resolução nº32/ 2017 que apontam mudanças para a RAPS e priorizam as comunidades terapêuticas por meio de novos mecanismos de financiamento, reforçando seu lugar no

cuidado no campo do álcool e outras drogas através da internação, em detrimento da Portaria nº 3088/2011 que prevê a atenção no território (PRUDÊNCIO; SENNA, 2018).

Alguns dos entrevistados reconhecem a existência de melhorias nos serviços de saúde mental nos últimos anos, sendo unânime a reflexão da necessidade de os profissionais estarem atentos à maneira como se está sendo implementada a política na Baixada, em especial uma preocupação com a importância desse serviço, o CAPS, para os usuários de drogas. Vale destacar que estas falas estão em grande medida amparadas na comparação com o que se tinha antes. Assim, a não existência de uma rede de atenção para os usuários de drogas mostra que o que temos hoje é gigantesco e de uma funcionalidade espetacular.

De fato, desde os anos de 2002 até hoje houve um processo de ampliação importante na construção da RAPS, não apenas em termos de agregação de serviços, mas principalmente na incorporação da ideia que esta rede trouxe para seu campo de intervenção. Porém, não podemos esquecer que desde 2014 estamos experimentando um período de estagnação financeira e política do trato inicial que deram as bases para o surgimento das ações territoriais que tinham no CAPS a base da ação, como bem aponta Gomes (2017) através de dados do Ministério da Saúde de 2015 e tabelas apresentadas no capítulo 3 desta tese. Esses entendimentos estão presentes nas falas de alguns entrevistados ao nos apresentar que a rede está organizada de forma favorável a atenção aos usuários do CAPS AD e atende à demanda dos usuários e dos profissionais.

Então, falado aqui do município X, eu acho que ela é uma rede bem potente, né? A partir de algum momento a gente consegue fazer uma rede bem amarradinha com os outros serviços, a Atenção Básica, o CREAS, o CRAS, todos os serviços que a gente tem disponível no município, as Secretarias, a gente consegue articular muitas coisas para os nossos usuários. Acho que tem uma amarração legal com a rede (Entrevista 7).

Eu acho que assim, a rede de atenção psicossocial, que é uma rede de assistência à saúde, eu acho que ela é muito bem pensada a partir do dispositivo CAPS, mas eu sei que não se restringe a ela. Aí eu acho que os CAPS atendendo essa clientela tem um papel fundamental, mas a gente vê que a gente precisa das emergências e as emergências é que compõem também a RAPS, né e são fundamentais (Entrevista 4).

Quando indagados sobre a concepção de rede e RAPS, os entrevistados surpreenderam ao demonstrar uma forte dissociação da compreensão de RAPS do conceito de rede, seja rede social, rede de apoio ou rede de saúde. Pois inicialmente não compreendem a RAPS como uma rede e sim como um direcionamento para atenção apresentado pelo Ministério da Saúde.

Os participantes ao pensar o conceito de rede a partir da sua prática nos mostram tipos possíveis de redes na Baixada Fluminense, conforme as análises já realizadas por Fleury (2005) e Mendes (2009) no capítulo 3 desta tese, nas quais tenho minhas referências de análises e que ousou a classificar as redes da Baixada como: rede horizontal, rede de pessoas, rede de serviços, rede apadrinhamento e rede CAPS, conforme descreverei a seguir:

A rede de pessoas pode ser entendida por “nós somos parte dela, então se ela não funciona, eu também não estou funcionando” (Entrevista 16), uma vez que “então tem que estar todo mundo envolvido, todo mundo tem que estar amarrado porque existe muito preconceito, entendeu?”. Essa rede pode ainda ser ampliada, envolvendo um trabalho em equipe, cooperativo, como pode ser observado no trecho abaixo:

Olha, eu estou encaminhando fulano, ele já usou droga, mas não é mais o caso”. Ou às vezes a gente vai pra reunião de equipe levar o caso quando é algo muito mais que precisa de um atendimento compartilhado. E aí a gente vai fazendo essa rede miúda, né, com os contatos que, na verdade, às vezes você fala: “Ah, mas isso aí é peixe” Não, é uma rede. Só que é uma rede ali, pequena. E aí, tá, às vezes eu não tenho como resolver as coisas que alguém pede e aí eu peço para o diretor. Falo: “Olha, será que dá pra gente ver essa situação aqui? (Entrevista 16).

O tipo de rede acima citado indica a existência de mecanismos informais, baseados no conhecimento, na camaradagem e na amizade como forma de acesso⁴⁹ aos serviços e garantia do direito à atenção à saúde. Alguns entrevistados ressaltaram esses mecanismos como Esse tipo de rede é realçado por muitos entrevistados como algo positivo, construído cotidianamente. No entanto, não se pode olvidar que a rede pessoal também tem relação com um dos traços marcantes de construção da construção de políticas públicas na Baixada Fluminense, em grande medida marcada por uma cultura política clientelística, baseada na troca de favores, o que acaba distorcendo a própria noção de direitos sociais. Faço essa crítica, pois durante a pesquisa de campo eram notórias as falas simplistas sobre esse ato, tornando algo comum e normal na formação de rede de cuidado no campo do álcool e outras drogas. Em minha análise, esta rede pessoal se aproxima a uma rede de apadrinhamento, na qual alguém é apadrinhado ou beneficiado por alguém de forma individual e pessoal.

⁴⁹ Cabe destacar que a compreensão de acesso aos serviços e a política pública tem como base analítica: “As desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente, conforme os princípios e as diretrizes estabelecidos. Apesar da realidade cruel do acesso aos serviços de saúde, de acordo com necessidades socialmente determinadas, é possível construir a consciência cidadã, derrotar o conformismo social, por meio da emancipação de sujeitos históricos capazes de intervir nesta realidade, e finalmente, garantir o acesso universal e equitativo como construção social no atendimento às necessidades da população” (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2872).

A rede pra mim é muito importante. Eu acho muito chato, ruim, quando a gente vê que a rede não funciona, ela funciona meio que em uma comunicação particular, ou seja: “eu como diretora conheço a diretora da unidade tal e aí vou te encaminhar”. Aí funciona. Mas não pode. Tem que funcionar pra qualquer um (Entrevista 1).

Sobre a rede de serviços, é preciso considerar que elas não se restringem aos serviços de saúde, implicando a interconexão de diferentes áreas. Monnerat, Almeida e Souza (2014) abordam a questão da intersetorialidade enquanto possibilidade do diálogo e exercício para garantia dos direitos sociais pelos diferentes serviços. No caso do usuário da política de saúde mental, é preciso considerá-lo como sujeito integral e cujas demandas vão além das questões relacionadas ao álcool e outras drogas. Apesar da dificuldade para conceituar esta rede, conforme aponta a literatura, os agentes implementadores entrevistados compreendem no seu exercício profissional a intersetorialidade da política pública.

A rede são as conexões, as parcerias que a gente faz, né, nesse trabalho interinstitucional de entender que o paciente ou o usuário de Saúde Mental, ele não é apenas usuário do CAPS, ele é um cliente do SUS, entendeu? (...)Isso é o que é o meu entendimento de rede, dessas conexões que se é possível fazer para efetivar uma política de atenção global a essa pessoa (Entrevista 9).

A rede é o que a gente usa os serviços que tem no município, né? A gente usa a rede, né? São os postos, as policlínicas, os hospitais, é a rede de saúde do município de Nova Iguaçu (Entrevista 14).

Então botamos o caso ali, era o caso inclusive do CAPS AD, e aí surgiu como rede, a igreja, a Associação de Moradores, a Casa do Menor, que tem curso profissionalizante; aí vem o hospital, aí vem o posto de saúde perto de casa, então você vai ampliando, né, essa rede (Entrevista 16).

Nos relatos acima, observa-se a predominância de uma concepção de rede restrita ao setor saúde. Já a última fala aponta um sentido de articulação que ultrapassa, inclusive, os serviços governamentais, englobando também a sociedade civil, como no caso da referência à associação de moradores.

Também foi recorrente a referência ao CAPS como porta de entrada da atenção na política de saúde mental, especialmente nos municípios onde o CAPS é o único serviço de atenção, pois “As pessoas entendem que CAPS, a rede é o CAPS, então a Saúde Mental tem que falar a mesma língua. Aí a Atenção Básica já é uma outra atenção” (Entrevista 15).

A ideia de o CAPS ser uma rede vai ao encontro do que já foi sinalizado aqui com base nos estudos de Nicodemos e Elia (2017). No entanto, é muito perigoso enquanto ato político na luta de uma rede mais consolidada de atenção, pois se fechar nos CAPS traz a possibilidade de uma ultra especialização da atenção no campo do álcool e outras drogas perdendo a sua principal função de “articulador natural de todas essas ações” (ANDRADE, 2017, p. 39). Logo, os autores realizam a reflexão de que o CAPS Ad não deve cair sobre um exercício em saúde mental ultra especializado e sim realizar o seu papel de fomentador e organizador da rede de atenção, assim como de qualificar os serviços que compõem esta rede através do matricialmente.

As redes são sistemas compostos por “nós” e conexões entre eles que (...), são representados por sujeitos sociais (...) conectados por algum tipo de relação (...). Por essa razão, as redes têm mecanismos automáticos de mudanças e transformações históricas que independem da vontade dos seus componentes tomados isoladamente (MARTELETO, 2004, p. 10).

Diante dessa compreensão de redes é importante que se olhem as redes da Baixada com suas características peculiares e que levaram e levam a construção de uma atenção aos usuários de álcool e outras drogas sobre os nortes da RAPS.

O exercício de uma rede composta por sujeitos que fazem ela acontecer, segundo algum dos entrevistados se dá pelo prisma da comunicação. É muito veiculada a compreensão de ação em rede ao exercício da comunicação como permissão para o bom alinhamento e caminhar da rede independentemente do tipo. A comunicação é aquilo que possibilita o modus operante seja através a linguagem falada, seja a linguagem escrita (muitos citaram os aplicativos de comunicação como espaço para se fazer rede através dos grupos de trabalho), a rede é interação e interconexão (FLEURY, 2005).

Hoje a gente tem reuniões periódicas, a gente às vezes tem encontros de discussões, coisas que a gente acaba reunindo um pouco mais a equipe e isso tem facilitado muito, inclusive, com grupos de rede social, que a gente consegue se comunicar (Entrevista 5).

Então o que eu entendo por rede é essa necessidade que a gente precisa de se comunicar, de matriciar, dos serviços conseguirem se comunicar, da gente saber para onde encaminhar, da gente saber não absorver o que não é nosso. Então isso eu acho fundamental (Entrevista 15).

Por outro lado, está clara uma certa denúncia ao gerenciamento dessa rede quando se faz parceria com serviços que não compreendem o trabalho em rede, e o resultado da não

interação e/ ou interconexão é “o paciente fica jogado”, como alguns sinalizaram. Há certa indignação no trato da rede quando os serviços do município ou dos municípios vizinhos não conseguem absorver o usuário de imediato e se “quebra essa rede de cuidado”, pois entende-se que rede é “algo que esteja ligada ou interligada, aonde todos vão poder estar fazendo uso dessa rede e vão estar trabalhando em conjunto para o bem comum” (Entrevista 12).

Então, a gente batalha tanto sobre isso, a gente fala que a gente fala tanto de rede que a gente acaba “trabalhando de anzol”, né, pescando. A gente entende que a rede funciona como um todo. (...) Acho também que o ambulatório não está preparado pra isso. Então você vai vendo as deficiências que vão acontecendo em todas as áreas. Então a rede acaba furada (Entrevista 13).

Observa-se uma compreensão sobre o que é uma rede e como se trabalhar em rede, bem como ousar dizer que este território ensaia conceituar rede a partir do seu vivido. Fica claro o peso das experiências para a apresentação do entendimento de todos sobre como conceituar rede. Com uma fala séria de que isso é aprendido no dia a dia, “quando eu vim pra cá, eu comentei isso hoje lá no espaço, não tinha quase nada de conhecimento assim de redes e nem as redes eram apresentadas a nós, entendeu?” (Entrevista 8).

Ao tentar aproximar a análise para o campo da Rede de Atenção pPsicossocial também foi perguntado pela concepção de RAPS e é nítida a dificuldade dos participantes em conceituar ou descrevê-la, mesmo localizando que o debate da rede está no campo da política de saúde e que se aproxima para a política de saúde mental foi comum pedirem para ser explicada a sigla ou tirar dúvida sobre o que seria, assim como afirmar que “Não entendo muita coisa de RAPS não (risos). Não consigo” (Entrevista 2). Ou o relato a seguir de uma técnica que trabalha no CAPS AD há 5 anos e 6 meses (no ato da entrevista) que me causou estranhamento e preocupação:

Então, a gente está tendo uma capacitação sobre isso essa semana. A gente sabe só a definição: Rede de Atenção Psicossocial, né? RAS e RAPS, né? Então a gente está começando a ter essa capacitação porque a gente acaba entrando aqui e aos poucos a gente vai, né, pegando. A gente fica muito “a ver navios” aqui. Te botam para trabalhar e não te dão uma capacitação, o município não te oferece nada (Entrevista 3).

Mas a compreensão sobre o que é RAPS avança em alguns entrevistados como se fosse a composição dos serviços, em especial da política de saúde e saúde mental, apresentando assim um arcabouço de possibilidades de intervenção na proximidade com uma

“rede de serviços”. Ou seja, existe a ação em rede que é caracterizada como: rede horizontal, rede de pessoas, rede de serviços, rede apadrinhamento e rede CAPS, conforme apresentei anteriormente. Como relata a Entrevista 4 “eu acho que tem uma coisa de uma construção de uma rede que colabora para a efetivação, para a realização do funcionamento da RAPS”. E existe a RAPS como a execução dessa rede, a Portaria 3588/2017 é apresentada como um “livro de recursos” que apresenta os serviços ideais para uma boa atenção aos usuários de drogas, e representa uma salvação para os que viviam nos manicômios.

A RAPS pra mim ela surgiu dando uma oportunidade de primeiro fazer sociedade com a tão temida loucura e que é possível; e que uma pessoa que tem transtorno mental. A RAPS veio para mostrar que eles têm voz, ela veio pra ecoar a voz deles, entendeu? O pedido de socorro que eles faziam aí dentro, de ser visto como ser humano, de entender que quando eles não querem é um direito que eles têm por lei... se não quiserem tomar medicamento. Então eu acho que a RAPS, ela pra mim, ela vêm tentando até o presente momento, que é uma luta muito grande, mostrar que eles são pessoas, têm direitos, querem dignidade pra viver e a Saúde pode ajudar porque foi a Saúde que por tanto tempo foi o algoz deles aí em questões de vários sofrimentos (Entrevista 1).

É, é engraçado que eu nunca pensei nessa diferença, mas assim, a RAPS eu entendo como algo assim, uma proposta de trabalho política de estruturação de uma rede. Eu entendo a RAPS como algo maior, né? E que abrange o trabalho em rede. E que eu acho que tem uma coisa aí de um pensamento a respeito de uma construção da RAPS, né, como uma coisa bem mais abrangente, né, que tem que haver uma unidade de pensamento: “O que eu vou lidar como saúde mental” (Entrevista 4).

E a RAPS é a Rede de Atenção Psicossocial, né, onde vai ser colocado vários equipamentos da Saúde para compor, para se fazer essas conexões. Seriam os CAPS, o ambulatório, seria a emergência, o hospital. Seriam essas portas de entrada. Aí tem a Unidade de Acolhimento...são outros equipamentos que no município ainda não temos (Entrevista 9).

Segundo Coe e Duarte (2017, p. 90) “(...) no que se refere à problemática de álcool e drogas pela perspectiva de RD, buscando-se o cuidado territorial, humanizado e integral, sob a lógica interdisciplinar e intersetorial, com participação e controle social de usuários e familiares”. O olhar mais ampliado sobre esse tipo de rede que se faz na intersetorialidade da política pública é esquecido por muitos e a ideia principal de compreender esse sujeito como sujeito integral com acesso universal a política pública também é esquecida.

A minha hipótese é que devido a falhas e dificuldades na consolidação de uma rede de atenção psicossocial no campo do álcool e outras drogas aos moldes normatizados pela Portaria GM 3088/2011 e a atual Portaria 3588/2017 torna difícil a compreensão objetiva e

subjetiva da RAPS, pois não há uma materialidade efetiva da atenção ao rigor da portaria diante das realidades locais que levam a dificuldades na implementação da RAPS. É muito afirmado que a RAPS ainda não existe ou não foi efetivada na Baixada Fluminense. E me pego indagando se a RAPS, aos moldes da Portaria 3588/2017, já foi efetivada, grosso modo, em algum território no Brasil? Essa indagação parte da compreensão de que a ideia da RAPS é a construção de algumas possibilidades de atenção, mas não o engessamento da atenção. Ela nos proporciona caminhos, mas não diz o caminho e apenas nos mostra a importância do diálogo entre sujeitos, serviços, agentes e políticas.

Então, eu acho que ela tenta trazer ainda primeiro esse olhar de que aquilo é uma doença, que precisa de uma atenção diferente, que não é “sem vergonhice”, não é “safadeza”, “malandragem”, sejam lá os nomes que se costumam dar (Entrevista 1).

Que as pessoas entendem como rede, uma rede muito setorizada, na minha opinião. As pessoas entendem que CAPS, a rede é o CAPS, então a Saúde Mental tem que falar a mesma língua. Aí a Atenção Básica já é uma outra atenção. Não, a RAPS é toda essa compreensão junta. Então a gente precisa conseguir se comunicar com os ambulatórios, com os Centros de Referência, com as U.A. e com todos os outros serviços que a gente tem, Centro POP, sei lá. Então eu entendo que a RAPS só funciona se tiver essa rede (Entrevista 15).

A compreensão não engessada sobre a RAPS é pouco apresentado nas falas, as entrevistas reduzem seu olhar ao pensar a importância da RAPS junto aos usuários de drogas no que tange o acesso aos serviços, mas não avançam na compreensão do ganho que nós tivemos através dessa nova modalidade de cuidado, um cuidado não abstêmio, um cuidado no território, um cuidado permeado pela compreensão dos usuários sobre o seu uso de drogas e com a participação ativa do usuários na condução do seu cuidado (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

Na fala de muitos entrevistados, a importância da RAPS é noticiada como uma quebra de paradigma, como uma nova via de atenção que se faz na contramão da atenção anterior a qual era baseada na internação, assim como todos os autores que aqui citamos como Nicodemos e Elia (2015), Coe e Duarte (2017), Gomes (2017) e Mota, Ronzani, Tófonis e Rush (2015). Logo, a RAPS é um avanço na atenção aos usuários de drogas para a grande maioria dos entrevistados. Lógico que esse avanço é atravessado pela ausência de recursos, melhorias dos serviços e criação de novos serviços, mas a ordem do cuidado muda.

Outro ponto de tensão é a atual proposta da RAPS, a qual desde 2017, vem trazendo a premissa do reforço financeiros dos leitos hospitalares e das comunidades terapêuticas, a partir da Resolução nº 32, como já mencionado.

Bem, eu acho que trouxe uma esperança. Quando eu falo de esperança, eu falo de uma coisa que eles esperam que aconteça. Todos entram aqui muito dispostos a mudarem, muito querendo fazer e eu entendo que a RAPS, ela trouxe essa visão ampla para essas pessoas, oferecendo maiores recursos para elas (Entrevista 12).

Eu vejo muita coisa positiva. Porque assim: “Ah, mas aí quando na época que era o choque, que era viver só a base de remédios, dopado, era bom”. Gente, não era. Tanto não era que pessoas ficavam trinta, quarenta anos internadas. E depois, essa pessoa tem condições de voltar para a sociedade? Não. O que é que o CAPS faz? Ele não interna. Ele recebe, ele acolhe e ele trata e ele faz o indivíduo entender que ele é doente, que ele está doente e é um dia de cada vez e ele volta para a sociedade, ele volta para a família, ele volta para o mercado de trabalho. Não é simplesmente você... é prender para tratar? Não existe isso. Aqui a gente trata. Eu acho que o retrocesso está aí nessa visão que eles estão tendo que parece de jogar trinta anos fora (Entrevista 14).

Ah, então, a RAPS, essa ideia de tratar dentro de uma certa política de reintegração, que vem trazendo justamente essa questão da política, né, da liberdade, tratar livre, eu acho que isso traz toda a diferença. Ontem a gente teve uma festa aqui no CAPS e aqui na festa foi lindo porque a gente teve um momento de alguns pacientes e um deles falou que ele tem uma história de tratamento e a história de tratamento dele vai dividida em duas partes. Um até certo ponto que era quando não tinha ainda essa proposta e aí ele era sempre tratado como alguém excluído, alguém que precisa ser internado. Então eu acho que a gente está e um processo de avanços, apesar de estar com medo do que está por vir, mas eu acredito que, ainda assim, eu acho que são só barreiras que a gente vai ultrapassar (Entrevista 15).

É notória a preocupação com a atual proposta de atenção promovida pelas mudanças que se destacam na Portaria 3588/2017 e na “Nova” Política de Saúde Mental, mas ao mesmo é proporcionalmente visível o quão esses trabalhadores estão certos que isso não vai mudar o seu processo de trabalho, pois eles serão resistência ou que não deixarão mudar a proposta de atenção do CAPS AD.

E aí a gente perde muito. E aí é onde as comunidades terapêuticas entram e entram tanto que entram na RAPS, inclusive, né? É claro, elas não conseguem se adequar de forma nenhuma, mas elas funcionam clandestinamente. Então eu acho que a gente sabe que a lógica da internação não é o melhor dos mundos, só que a gente tem pacientes que precisariam de um tempo, né? (...)o único vínculo nosso com a CTs é que eles trazem e a gente faz essa fala muito enfática com os responsáveis. Então a gente não faz

encaminhamento nenhum, a gente tem uma resistência muito grande e é uma briga muito grande porque a gente tenta adequar (Entrevista 16).

No entanto, o campo do álcool e outras drogas sempre foi aquele pensado por último na política de saúde mental, como apresentei a sua inserção no debate apenas se dá III Conferência Nacional de Saúde Mental, pois como afirma a Entrevista 13 não há interesse político por este tema:

O que eu entendo por isso? Que deveria funcionar de uma maneira muito solidificada. E acho que, primeiro, politicamente falando, por que talvez não funcione? Porque a política... eu gosto de política, não gosto de politicagem... a política ainda não está com esse olhar voltado para isso, infelizmente (Entrevista 13).

Queixam-se da maneira como os profissionais fazem a RAPS acontecer, sobretudo diante do silêncio que existe entre os municípios, tornando rígido o atendimento a nível municipal, salvaguardando os casos em que não existe serviço para álcool e drogas no município. E ainda temos o reforço no trato pessoal para a condução de uma boa assistência na RAPS a partir do que caracterizamos acima como rede de pessoas, traço marcante das relações na política pública na Baixada Fluminense.

Não é um trabalho de fazer articulação, né, assim, a sensação que a gente tem é que a rede não conversa. A gente tenta dialogar com o outro colega quando... às vezes a gente absorve muito paciente de CAPS III. Mas é um pouco difícil de ter conversa, assim, a rede não conversa muito. A gente conversa melhor com a emergência. A gente consegue um bom diálogo. Não sei se pelo fato de o psiquiatra daqui ser o psiquiatra de lá (Entrevista 14).

A partir da compreensão deles sobre a RAPS e assim o exercício dessa compreensão é possível analisar o fazer profissional na RAPS acontecer dentro do que eles compreendem o que é a RAPS, pois é destacado que a RAPS proporciona o suporte aos usuários, a garantia dos direitos, o acesso as políticas sociais, o atendimento respeitoso e com vínculo. Logo, o exercício profissional dos entrevistados coaduna a proposta da Portaria 3588/2017 como já apresentado nesta análise.

Então, a rede, na minha visão, ela tem esse papel de suporte ao usuário, né, seja ela na rede de profissionais do atendimento de base dentro do CAPS, seja ele da rede de familiares; e eu acho que de atenção vai além dos serviços que a gente tem disponibilizado pelo município (Entrevista 6).

Eles têm uma dificuldade de estar acessando isso, então a Rede Psicossocial é para estar fazendo com que eles consigam acessar esses outros serviços. Então por isso que a Rede Psicossocial funciona para estar ajudando eles a conseguir acessar dessa forma, né? (Entrevista 7).

E que esse trabalho, sobre a perspectiva de RAPS apresentada, ele tem um impacto muito importante na vida dos usuários dos CAPS AD da Baixada Fluminense. Um impacto que não é mensurado, mas que é assistido pelos envolvidos na pesquisa através de pequenas mudanças na condição de vida desses sujeitos e nas respostas as expressões da questão social. Não é mensurado, pois não temos notícias de estudos sendo realizados na Baixada ou publicado sobre o que aqui estamos tratando. O processo de trabalho das equipes é norteado pela Portaria nº336/2002 que define os CAPS. E o exercício disso segundo a Entrevista 1 e Entrevista 10 precisa ser visto para além do CAPS AD, nomeado como trabalho “extramuros” através de atividades de prevenção, visibilidade do serviço e aproximação com a comunidade, mas sobretudo é a possibilidade de apresentar o debate das drogas fora do CAPS AD e assim fazer com que mais sujeitos tenham acesso a este serviço que é de direitos de todos.

Eu acho que tem se trabalhar “extra-muro”. Se o profissional se acomoda e se aquieta no seu lugar de trabalho e não faz o movimento adequado, porque saúde mental é movimento, se você não se movimentar... você se movimentando eles querem te “engolir”... se você não se movimentar... então pra mim a RAPS e poderia trazer mais, desde que o profissional se propusesse também a entender o que é RAPS e fazer acontecer (Entrevista 1).

Então, o que a gente consegue fazer aqui com a RAPS? A gente consegue uma interlocução com a Assistência, que trabalhava com o Centro POP em abordagens de rua noturnas, né? A gente fazia essas abordagens nas praças e aí a gente poderia identificar as pessoas que são usuárias de álcool ou drogas que estão em condições de rua. Então a gente podendo juntar Assistência e Saúde, a gente tem conseguido fazer esse trabalho muito interessante. E aí o que a gente está propondo agora? A partir de agora. Que a gente tenha uma tenda, né? A gente está pensando no nome que a gente vai dar pra isso. Nessa tenda a gente consiga botar a Atenção Básica, Saúde Mental e Assistência. Nesses pontos aonde a gente tem agendado as abordagens, né? (Entrevista 10).

Pensar a RAPS na Baixada Fluminense é também pensar a flexibilização da assistência através da articulação entre serviços, o manejo clínico é apresentado pela necessidade de auxiliar os usuários a ter acesso a assistência / cuidado de forma mais flexível, pois assim se acredita na garantia do direito. Uma flexibilidade que auxilia em transpor municípios no acesso a serviços que não existem no município de origem. Assim como

também é relatada a importância da Portaria 3088/2011 para a organização da atenção, mas reconhecendo que ela não é o único recurso a ser observado. A Entrevista 5 nos apresenta que com a RAPS está sendo possível uma melhor organização do serviço e fiscalização, bem como um melhor direcionamento para as ações.

A concepção da RAPS tem essa coisa da gente poder trabalhar a articulação de serviço para serviço, que não tem essa coisa tão rigorosa assim: “Você é de outro município, eu não te atendo, não vou atender”. Você atende e articula, né, com encaminhamento, articula a chegada desse paciente no município de origem, o município no qual ele tem que se tratar, né? Eu acho que isso é legal. Assim, não tem essa coisa de não atender, de negar esse atendimento. Então acho que isso é muito importante, sabe, a RAPS funcionar assim com esse entendimento de que é também uma rede, né, porque a rede não é só dentro do município, são articulações que se faz. Porque as pessoas circulam, né, e a gente sabe que tem uma deficiência neste ou naquele município, então as pessoas procuram outros lugares. (Entrevista 4)

Cara, eu acho que trouxe, assim, de certa forma, benefício no sentido da gente ter uma maior cobrança, fiscalização do Estado, de estar direcionando um pouco mais como é que a gente vai atuar ou como está sendo a atuação da Saúde Mental como um todo, né? Então eu acho que ela trouxe, de certa forma, algum direcionamento, assim, como eu te falei, com algumas falhas, com muitas coisas ainda para serem colocadas, mas aos poucos a gente está conseguindo avançar, de certa forma.? (Entrevista 5).

No entanto, a Entrevista 5 nos apresenta uma boa análise sobre a RAPS na Baixada Fluminense a partir do seu olhar como gestora de um CAPS AD III e técnica de um CAPS AD dizendo que existem enfrentamentos importantes e que atrapalham o funcionamento da rede, mas que diante do que se tinha no passado a RAPS é um grande avanço. E apresenta avanços na condução da política em saúde mental, avanços que podem ser considerados tímido, mas importantes para a compreensão do usuário de álcool e outras drogas como sujeitos de direitos e com direito de ser cuidado através da política pública.

Vejo rede desta forma, tá? Temos a Rede de Atenção Psicossocial hoje? Temos as nossas falhas? Temos. Mas, com todas essas falhas, eu acho que hoje a gente avançou um pouco mais em relação à rede. A gente está mais próxima das equipes dos CAPS, uma equipe junto da outra, a gente tendo um pouco mais... antes a gente trabalhava de forma separada, a gente quase não sabia quais eram os profissionais que estavam no CAPS Infantil, no CAPS II. E Então hoje eu acho que a gente teve um pequeno avanço. É o ideal? Não, ainda vejo muita coisa por fazer, sabe? Ainda temos muito a avançar, mas eu acho que a gente deu um “saltozinho”, acredito eu.

Outra avaliação importante é como a RAPS na Baixada Fluminense possibilitou a ampliação do acesso à atenção nos casos de álcool e drogas, em especial da população em situação de rua que não conseguia entrar nos serviços de saúde. Não conseguiam pelo “mau cheiro”, por não possuir documentos ou pelo estigma. Porém, os relatos mostram que o CAPS AD possibilita este acesso através das ações “extra-muros”, quando possui um redutor de danos que leva a atividade para as ruas, quando deixa livre a possibilidade de atendimento no serviço ou com o matriciamento. Aliás, o matriciamento é apresentado como um grande instrumento na ampliação do acesso ao cuidado, uma vez que mais equipes dos diversos serviços passam a compreender o tema e assim a acolher e encaminhar a demanda.

Olha, fui lá, tô sendo atendido também pelo Centro POP” - por exemplo, que é um órgão da Assistência que acaba nos auxiliando também nesse trabalho, de estar lá com eles também, de ver toda essa parte social. Então esse avanço, ao meu ver, dessa rede, desse matriciamento, que é o que dá o ponto realmente para o tratamento que esse paciente precisa. Que vai além do tratamento mesmo da questão de saúde mental (Entrevista 2).

Hoje nós já temos aqui um redutor de danos que vai para a rua; e junto com a Assistência também. Então, muitos moradores de rua que estão ali... que alguns têm família, mas estão ali jogados... alguns porque querem e outros por conta das drogas...estão trazendo pra cá pra tratamento. E aqui não é só o tratamento da droga. Tem o tratamento da droga, mas tem que observar também que tem o outro lado social que precisa do CRAS, que precisa do PSF. Onde esse paciente mora, atua, entendeu? Às vezes você precisa ver o todo para poder tratar esse paciente (Entrevista 8).

Então a gente mudou completamente o foco da abordagem, de fazer um lugar ali com Saúde aonde possa fazer teste rápido, aonde a Assistência possa verificar se precisa de documentação, da gente poder fazer alguma coisa assim junta, tipo um pagode na praça, né, um grupo dos CAPS que tenham instrumentos ir pra lá. E aí as pessoas que estão lá morando na rua ter uma noção de que a gente não precisa abordar eles, né? Eles podem “se chegar a gente” com o tempo que a gente vai fazendo, né, juntos. A grande maioria que está na rua é usuário de álcool, poucos são usuários de drogas (Entrevista 10).

A compreensão sobre o papel da droga e do uso de drogas na sociedade é fundamental para o norte dado ao exercício profissional no âmbito da RAPS e imperioso para a compreensão da RAPS. Com isso, o diálogo sobre o entendimento sobre o termo droga traz muito da concepção do cuidado realizado no campo do álcool e outras drogas na Baixada Fluminense.

A conceituação da palavra droga pelos entrevistados faz com que seja possível nos remeter aos escritos do capítulo 1 desta tese, onde apresentei que historicamente a palavra

droga carrega significados que expressam uma época e uma cultura (CARNEIRO, 2008). E que seu uso fala muito de povos, tradições e religiões muito mais do que a palavra droga no âmbito proibicionista, que atravessa fortemente a definição superficial de droga lícita ou ilícita (CARNEIRO, 2017).

Droga é uma substância que a pessoa recorre por diversão, por prazer, é algo que altera o sistema nervoso central sim e que, assim, as sociedades usam drogas, né, lícitas ou ilícitas; é algo que faz parte, né? Não tem como dizer que: “Ah, isso é uma coisa recente” É de muito tempo. Os índios usam drogas, né, a gente tem coisas assim... o vinho, o álcool faz parte das culturas. Tipo, é uma substância que altera a gente, né, que provoca uma reação no ser humano e que por um motivo ou outro, a gente, as pessoas, recorrem a ela. Pra sociabilizar ou outro, né, para ter prazeres, né... (Entrevista 4).

Conforme afirma a Entrevista 9 droga “é aquela substância capaz de provocar alterações, né” e como já apresentado nesta tese ela traz alterações nos sentimentos, no sabor, na cor, no sistema nervoso central e na vida de muitas pessoas de diversas formas, pois cada um possui uma relação diferente com as substâncias e isso fala muito de si. Os entrevistados mostram com muito cuidado a preocupação em compreender a relação do sujeito com a droga, e não a preocupação com o que é a droga. Ou que droga é esta? Isso fala de um lugar importante para o cuidado em saúde mental, onde se coloca o sujeito como foco da atenção e não a substância, sendo possível cuidar integralmente desse usuário de drogas independente da sua condição de “drogado”, aquele que segundo Carneiro (2008, p. 72) “é o escravo de si próprio”.

A droga não é o que faz mal, não é a droga que te traz problemas, e sim a sua relação com ela. A relação do indivíduo, de cada indivíduo com aquele tipo de droga, seja ela qual for, seja o álcool, seja qualquer outro tipo de droga, é que é o grande problema, a grande questão (Entrevista 5).

Eu me preocupo mais como que ele está trazendo pra gente, aquela dificuldade que ele tem naquele momento pra gente poder, a partir disso, fazer um trabalho com ele, tentar pensar junto com ele o que é possível, o que pode melhorar, o que a gente pode fazer que seja mais saudável pra ele (Entrevista 7).

A leitura de que os sujeitos diante da sua cultura, religiosidade e moralidade; e influências que sofrem a partir delas, fazem as escolhas de forma autônoma para o uso das substâncias. Mesmo que tal escolha se firme sobre a demonização, tal escolha, na esfera autônoma, possui relação com a construção deste ser no espaço social em que ele vive, logo

sofre influências do racismo, da cultura, religião, moralidade e desenvolvimento do capitalismo; fazendo com que ocorra a renúncia ou o apelo ao uso de determinada substância; a partir da escolha autônoma do sujeito (CARNEIRO, 2008).

A preocupação histórica de punir os usuários de drogas e de exercer uma “guerra às drogas”, fez com que o ator principal dessa relação fosse posto de lado que é o sujeito que faz uso de substâncias a partir das suas escolhas. E o aparato jurídico que é encaminhado para as questões da droga por longas décadas nos apresenta a ideia de olharmos para a droga e não para os usuários de drogas. Isso faz com que o processo de criminalização das drogas, do comerciante de drogas e usuários de drogas cresça na mesma proporção que as mortes por uso abusivo de drogas lícitas como o álcool. A pesquisa da FIOCRUZ (2017) apresenta que ainda se usa mais álcool e/ou se faz associação do uso de álcool à medicação não prescrita e a drogas “ilícitas” (em especial maconha e cocaína em pó). Com isso, ainda é recorrente que o uso de álcool é campeão no acidente com vítimas fatais que não tenham consumido a substância (MINAYO, 2003). No entanto, a guerra ainda é declarada a quem faz uso de drogas ilícitas.

A gente se droga o tempo todo só que a diferença é porque tem essa imposição de que é droga lícita e ilícita, né? A bebida, o álcool, uma droga, né? Aí tem lícita e ilícita, depende. Então assim, na verdade, droga por droga, tudo é droga, né? (Entrevista 1).

Tudo é droga, né, se a gente for pensar, qualquer coisa que tira a gente do nosso controle de uso ou de escolha, porque principalmente falando da dependência química, aquilo é uma droga. E aí a gente tem hoje em dia, falando propriamente das drogas mais queixadas aqui, a gente tem a cocaína fazendo um estrago absurdo nessa lógica de uso, né? O álcool, por ser lícito, eu acho que é um dos que a gente tem mais dificuldade até de tratar. A gente tem estímulo não só midiático, como social. Então eu acho que o álcool, a gente tem essa questão dele ser lícito dele ser estimulado, dele ser aceito, dele ser até bonito, né, dentro da visão “vou fazer um social” que é: “vou beber” (Entrevista 15).

O entendimento desse sujeito enquanto sujeito de direito com acesso ao cuidado no campo do álcool e outras drogas através das políticas sociais, na minha análise, possibilita uma melhor compreensão e acolhida as demandas relacionadas ao uso de drogas, e mais do que isso auxilia no olhar para ele enquanto um cidadão, enquanto alguém que bem orientado pode escolher por si e fazer escolhas conscientes e saudáveis, pois, como afirma a Entrevista 11, “as pessoas encontram na droga um caminho para poder tentar se manterem vivas. É bem

verdade que a própria droga em si não vai trazer as respostas, mas são paliativos para aquele momento na vida dessas pessoas”.

Então, eu trabalho em cima de RD, eu acho que independente de qualquer outra coisa, né, a RD, ela é muito ainda criticada por não ser conhecida. RD é o que a gente faz na nossa vida no dia a dia. A gente deixa de comer “x” pra comer “y” que é o que dá pra gente fazer dentro de uma lógica de uma RD. Então assim, eu acho que RD é o que consegue respeitar a subjetividade do ser humano. Você impor alguém a abstinência total, isso é extremamente invasivo, agressivo e, na verdade, momentâneo, porque dentro de uma lógica de redução, o paciente consegue fazer a redução dele que às vezes é abstinência. A RD, ela não exclui a abstinência. Só que a gente respeita o que dá, até onde o paciente consegue ir. Então, assim, eu trabalho em cima da RD e ainda que tenha saído alguma coisa decretada nesse momento, eu continuo sendo resistência e continuo trabalhando com a RD, é nisso que eu acredito (Entrevista 15).

No entanto, apesar da compreensão de que o exercício profissional no CAPS vem sendo mediado pela Redução de Danos sociais e à saúde⁵⁰ é notória a preocupação dos entrevistados no que tange ao estigma carregado pelo usuário de drogas. Esse estigma é vivenciado na família, na sociedade e até mesmo nos corredores do CAPS AD, o que pode resultar em um afastamento do usuário do serviço e dos espaços de cuidado.

Só que essas drogas são mais estigmatizadas, né, a maconha, a cocaína. Se o garoto parar ali na esquina e comprar maconha, cocaína, aí ele é usuário, a probabilidade de ele ser um traficante futuramente é muito grande e é assim que a sociedade já enxerga. Então assim, conceituar a droga pra mim, é complicado porque é muito mais do que maconha ou cocaína, ecstasy ou qualquer outro tipo de drogas que tiram a pessoa do seu eixo central (Entrevista 1).

O estigma carregado pelo usuário de droga é um dos grandes entraves para a construção do cuidado no âmbito da atenção aos usuários de drogas, pois estes usuários carecem de informação, orientação e acolhida para que possa ser escutado e compreendido acerca da sua relação com as substâncias. E o estigma o coloca em um não lugar de busca ativa por informações e cuidado diante do seu potencial depreciativo na vida dos sujeitos (LINDNER; SIQUEIRA, 2017).

Outro ponto destacado como impedimento para a compreensão de quem são os usuários de álcool e drogas da Baixada Fluminense é a ausência de percepção sobre quem é

⁵⁰ Aqui compreendido com base em Lindner e Siqueira (2017, p. 61) “o paradigma da redução de danos está baseado na ideia de administração do consumo de álcool e outras drogas de acordo com a possibilidade de cada pessoa, considerando sua escala de prioridades naquele momento”.

este usuário de drogas por parte dos trabalhadores dos CAPS AD, pois a maioria dos entrevistados compreende as dificuldades que é ser um usuário de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense, mas relatam nunca ter pensado em caracterizar quem é este sujeito. Logo, ao pedir aos entrevistados para relatar como é visto o usuário de drogas por eles alguns verbalizam não saber, a maioria afirmou nunca ter pensado e grande parte entende que são doentes/dependentes químicos. Com isso, não há uma característica que possa definir os usuários de drogas na Baixada e sim há percepções que o exercício profissional mostrou para esses trabalhadores.

Bom, eles já são pessoas que, assim, devido ao uso abusivo das drogas, são doentes, né, que precisam de ajuda e que houve uma causa para poder estar desse jeito, né? Ou por conta própria, por escolha, ou por algo familiar. É um universo que envolve muita coisa (Entrevista 8).

No entanto, é possível avançar na compreensão que são sujeitos que precisam de ajuda, como afirma a Entrevista 6. E que esta ajuda está relacionada a sua condição de discriminado, rejeitado pela família e sociedade, prejudicado moralmente e desgastado pelo recorrente trato estigmatizado das pessoas e das instituições.

Eu vejo como pessoas que precisam ser acolhidas como qualquer outra que chegue em qualquer instituição, que são discriminados pela questão de saúde mental e pela questão do uso, né? E todos os lugares, de alguma forma, as perdas que eles têm com a questão da dependência, é muito grande. Esses vínculos rompidos, eles acabam sendo rompidos não só na família, mas em todos os lugares que eles vão. Então chegam, não são bem vistos. Então o que eu vejo é que a sociedade acaba discriminando muito o usuário de álcool e outras drogas (Entrevista 2).

E que essas pessoas possuem parte importante para alavancar o tratamento, mas que em muitos casos estão desgastadas de todo o processo que o uso de droga as coloca, em especial a família dos usuários de drogas. Do mesmo modo, não é possível ter uma padronização dos usuários de drogas, pois em cada município da Baixada Fluminense temos drogas de escolhas diferentes, com o predomínio do álcool, e acesso as drogas de forma peculiar em cada município

Olha, é bem dividido, eu não tenho um padrão, porque eu acho que cada indivíduo, ele vai ter a sua particularidade. Então assim, eu vejo aqui assim... a única diferença que eu vejo é em relação ao tipo de droga que se usa. Em alguns municípios o álcool é maior a incidência, em outros o crack é maior.

Então aqui eu vejo a incidência com álcool sendo maior. Com o crack era bem menos, ainda é, mas ela teve um aumento (Entrevista 5).

Falando sempre do município de M, eu acho que os pacientes daqui são mais preservados, eu acho que eles ficam menos vulneráveis, né? Mesmo porque aqui a gente não tem... não é muito comum cenário de uso, a gente consegue acompanhar eles melhor porque o município é um município bem pequeno. Se um usuário nosso estiver em uma situação mais vulnerável em algum lugar, alguém vai acionar a gente aqui (Entrevista 7).

Geralmente são pessoas com os vínculos rompidos, né, vínculos familiares rompidos, desempregadas, sem... se bem que varia muito, né, tem uns que tem até um bom perfil profissional, tem profissão, né? (Entrevista 14).

Outro fator importante na compreensão de quem é o usuário de drogas na Baixada é a aproximação do serviço de atenção com esses sujeitos, pois assim será possível uma análise mais apurada e uma melhor caracterização desses sujeitos. Entretanto, um ponto de destaque nas falas é a importância de atividades laborativas como caminho para não entrada da droga, a Entrevista 11 diz que “quando sai a droga, o que entra?”, chamando a atenção para o ócio que é desfrutado por esses sujeitos e que este ócio pode ser a possibilidade de encontro com as mais diversas substâncias. E é o processo de marginalização do usuário de drogas que produz a ausência de emprego para este sujeito, o rompimento dos vínculos familiares e institucionais, o não lugar ocupado por eles diante das dificuldades que eles se colocaram devido ao uso de drogas. Isto aliado ao preconceito amplia a não possibilidade ofertada a estes sujeitos.

Eu acho que o usuário de droga aqui na Baixada, pelo menos pelos nossos pacientes, existe muito assim uma falta de uma política de um emprego, entendeu? Não de carteira assinada. Uma política de emprego, uma ocupação para esses pacientes. Porque o usuário tem que se manter ocupado. Se ele ficar ocioso... e maioria dos nossos não tem benefício. E agora com essa nova política... agora que eles não vão ter mesmo, porque é aquilo que eu te falo: a discriminação (Entrevista 11).

Mas não se pode deixar de olhar que as condições que são postas para este sujeito devido ao uso de drogas não acontecem sem sofrimento. No geral, são pessoas muito sofridas pela sua relação com a droga e pelas histórias vivenciadas ao longo dessa relação. Como já tratado aqui, são histórias de abandono, preconceito, estigmas e recaídas.

Pensar a ausência de uma definição sobre quem é o usuário de drogas na Baixada Fluminense é também pensar sobre o quão invisíveis esses sujeitos sempre foram deixados, pois poucos tiveram a sensibilidade de os enxergarem. E mesmo assim o enxergam através

das suas demandas, de quando eles “fazem barulho”. Este processo é preocupante, pois com sinalizam Nicodemos e Elia (2016), Lindner e Siqueira (2016) existe um processo histórico de exclusão de alguns segmentos populacionais, dentre eles o usuário de drogas. Tal processo só reforça o preconceito e o estigma levando o olhar desses sujeitos para o campo da criminalização e violência. Outro ponto destacado por Andrade (2016) é que o preconceito sobre o uso de drogas faz com que as pessoas não cheguem aos serviços de atenção ou pontos de acesso da RAPS.

Diante disso, a caracterização de quem são os usuários de drogas é imperiosa para a atenção a esses sujeitos, pois perpassa a compreensão de que eles são sujeitos de direito. E assim a atenção no campo psicossocial deve ser norteada pelos princípios do SUS, os quais precisam acontecer no exercício da atenção em rede através da RAPS. Os princípios da integralidade, acolhimento, vínculo e inclusão social; aparecem nas falas como caminhos para se pensar uma melhor atenção de forma global e mais cuidadosa, sendo também destacados como os principais para se pensar a atenção aos usuários de drogas.

Ao pensarmos sobre cada princípio desses, é nítida a compreensão dos entrevistados sobre eles e o mais importante um esforço para a efetividade desses princípios na relação de cuidado estabelecida com os usuários. As falas apontam que o caminho da atenção no CAPS AD precisa ser iniciada pela acolhida, entendendo que este é um momento de recepção dos desejos e queixas do usuários através de uma escuta atenta e cautelosa, pois com o acolhimento é possível que se estabeleça uma vinculação do sujeito ao serviço e assim algum tipo de intervenção (BRASIL, 2015).

Porque é a primeira porta de entrada. Se eu acolho com respeito, sem pré-julgamentos, que é tudo o que eles encontram lá fora, eu acredito que a possibilidade de eles aderirem ao tratamento é grande (Entrevista 2).

No caso de acolhimento, né, eu entendo acolhimento como “inclinarmos”, entendeu? É eu ter a capacidade de ouvir, me sensibilizar, de ser afetado mesmo por aquilo ali, entendeu? Me ver como uma pessoa que também está sujeita a sofrer tudo o que aquela pessoa sofre. Então eu acho que quando eu acolho uma pessoa eu sempre vou ter esse olhar. Inclusão social é realmente favorecer a ela as oportunidades de ela mudar em algum aspecto se ela desejar, entendeu? Eu sempre vou velar pela questão do desejo daquela pessoa, né? Se é desejo dela mudar, se é desejo dela tentar fazer alguma coisa a mais pra melhorar a vida dela, de oportunizar esse momento pra ela, né? Eu vejo dessa forma (Entrevista 9).

Com o acolhimento e a possibilidade de aproximação despida de preconceitos, estigmas e secundarização da atenção aposta-se que é possível o início de um vínculo criado

entre usuário de drogas e sujeito que o acolheu. A criação de vínculo é um dos princípios fundamentais, pois aproxima e torna o processo mais sincero e afetuoso na política de saúde mental. Ela possibilita a vinculação do usuário a pessoas, serviços e a uma rede como um todo (Barbosa e Bosi, 2017).

O vínculo eu acho que é suporte de qualquer atendimento, de tratamento. Se você não tem o vínculo com os profissionais que estão aqui ou com um de base, fica só mais um, né? Eu acho que ele precisa ser feito, fortalecido e eu brinco que ele tem que ser regado o tempo todo por eles (Entrevista 6).

A criação de vínculos é, para os entrevistados, um dos caminhos para a efetivação da integralidade em saúde, pois para eles um bom acolhimento levará a uma formação de vínculo e assim a adesão ao tratamento se torna mais possível. O olhar integral sobre este sujeito é a possibilidade da atenção em rede permeada pelos pontos de atenção da RAPS, pois entender que esse sujeito é muito além de um usuário drogas é permitir a ele o exercício pela da sua cidadania e assim um cuidado amplo em saúde. É compreender a universalidade do acesso as políticas públicas e legitimar o direito a este acesso aos usuários de álcool e outras drogas; é realizar a inclusão social através do que a RAPS entende por reinserção social⁵¹.

Se a gente conseguisse incluir o SUS todo na RAPS estava ótimo, né? Mas a integralidade e a inclusão, eu acho que são os mais importantes. Eu acho que o sujeito não precisa estar indo em um médico e o médico dizer: “Ah, não, é paciente psiquiátrico, não é comigo não”. E o sujeito vai lá se queixar de dor de cabeça. Não, ele precisa ser visto nessa integralidade. É um sujeito, apesar de ser um paciente com transtorno, um usuário de álcool, não dá pra dizer que ele é um vagabundo, que ele é um alcoólatra, que ele é um “cracudo”, né? Acho que é uma pessoa com uma questão. Precisa ter acesso a tudo: a saúde, educação, a justiça, a cultura. E às vezes tem um certo preconceito: “Não pode ficar aqui, não pode entrar ali” (Entrevista 10).

Então, a inclusão social é também um desafio. Eu acho que para toda a equipe e, até para mim enquanto assistente social, é um desafio essa reinserção. A gente faz esse trabalho, inclusive, a gente precisa da rede pra isso e a gente tem uma rede de serviço defasada, isso torna mais dificultoso ainda (Entrevista 5).

E a inclusão social é o grande desafio, né, que assim, eu hoje, enquanto profissional, eu consigo dizer que eu faço uma inclusão social com eles no momento em que a gente empodera eles como sujeito da sociedade, né, um

⁵¹ Apesar de o conceito de “reinserção social” partir de uma concepção funcionalista que advoga a ideia de necessidade de inserir o desajustado na ordem instituída é ele que a RAPS apresenta como um dos caminhos para a inclusão social. Logo mesmo que não seja de acordo com tal conceito o mesmo será utilizado nesta tese por compor a Portaria nº3.088/2011 e ser recorrente na fala dos entrevistados.

membro daquela família ou um membro aqui dentro das regras, das funções de cada um (Entrevista 6).

A inclusão social como exercício da reinserção social⁵² é apresentado como o princípio mais difícil de ser atingido pelos entrevistados, uma vez que o estigma sobre esses sujeitos faz com que a possibilidade de inserção social pelo trabalho seja distanciada deles, bem como o atual contexto sócio político e econômico que nos mostra uma elevada taxa de desemprego formal. Outro ponto que merece atenção é a dificuldade de inserção no mercado de trabalho diante da ausência de benefícios sociais que atendam aos usuários de drogas, fazendo com que muitos não possuam meios para chegar a uma entrevista de emprego (seja para o pagamento da passagem seja para a impressão do currículo e / ou alimentação).

Eu acho que quem chega a trabalhar assim em um serviço como o CAPS, rapidamente, se tinha aquele julgamento moral como uma coisa tipo de associar o usuário de droga a bandido, a vagabundo, sabe, isso já se desconstrói porque a gente vê um ser humano, né, a gente vê que não é bem por aí. Mas, se isso já vinha como uma coisa pronta, isso se desfaz, né? Então assim, a gente vê a pessoa, o usuário de droga como um ser humano que está precisando de auxílio, de ajuda e que está contando com a gente e às vezes conta só com a gente, sabe, conta só com o serviço; e aí é aonde a gente tem que tentar ser bem atuante, sabe? (Entrevista 4).

A maneira como os demais profissionais, aqueles que compõem a RAPS e que não estão na atenção direta no campo da política de saúde mental, lidam com o usuário de álcool e outras drogas dará o tom de como esse sujeito terá sua atenção integral e inclusão social realizada também. Pois muitos dos entrevistados relatam que o acolhimento precisa ser princípio de todas as políticas sociais na perspectiva de uma possibilidade de aproximação e legitimação de direitos sociais (FERNANDES; RIBEIRO, 2016).

Ah, que o drogado é um “sem vergonha”, né? “O cara que usa álcool, ele não tem vergonha na cara”. Daí ele não precisa do serviço, né? Qualquer coisa serve. Às vezes a gente percebe até aqui, tipo: “Ah, vem aqui só pra comer”. Sabe? Não entendeu que, assim, às vezes é a única comida que tem. E às vezes o vínculo é até construído através dessa comida. Então acho que tem muito essa visão, né, de fora, quem não conhece, né, o que é um dependente químico, o processo que eles passam, de serem uma “cambada de sem vergonha”, né, que continuam nessa vida porque querem, né, não

⁵² A dificuldade para a reinserção social precisa ser vista, no mínimo, por três pontos: como uma questão conjuntural, por uma dificuldade do sujeito e pelo preconceito sobre o uso de drogas. E como sinalizam Fernandes e Ribeiro (2016, p. 16) sob o olhar sobre o trabalho do Assistente Social neste campo é a possibilidade de “práticas concretas relacionadas à proteção social e à garantia de direitos sociais”.

enxergam a dependência química como uma doença. O alcoolismo também (Entrevista 14).

Tem um preconceito muito grande, se a gente pensar, até mesmo aqui dentro do CAPS AD. Hoje talvez não, mas a gente já chegou em tempos de tipo: “Ah, vamos fazer uma horta?”. A gente tem uma horta hoje, mas “Se a horta der certo, a gente pode vender e esse valor ir para os pacientes, né, que estiverem cuidando da horta”. E a fala de um dos técnicos foi: “Ah, mas a gente vai dar dinheiro para eles se drogarem mais?” E aí você tem que explicar e falar: “Olha só, ele não depende de dinheiro”. Né? Então a concepção, o conceito de droga na rede como um todo, eu acho que é bem discriminatório, bem preconceituoso, as pessoas têm medo (Entrevista 16).

Com isso, ao indagar sobre como os entrevistados percebem como os demais profissionais da rede compreendem o conceito de droga, e rede é notória a necessidade de uma maior articulação dos serviços, projetos e programas com o campo do álcool e outras drogas como possibilidade de levar informações relevantes que tornem o processo de atenção em rede aos usuários de drogas menos estigmatizado e enraizado nas práticas proibicionistas, moralistas e religiosas, conforme aponta Prudencio (2017) ao analisar a importância de uma qualificação mais enfática em toda a rede de atenção. Sabemos da importância do matriciamento para uma melhora deste olhar, mas a minha observação mostra que isto não é suficiente. É preciso mais! É preciso um espaço de diálogo e formação que mostre a importância deste profissional como uma das partes fundamentais da garantia da inclusão social, somada à formação conceitual básica em saúde mental.

A gente precisa de profissionais que realmente estudem aquela área, o serviço em si e aprendam, né, se capacitem. E aí fazer a escolha assim: “Não dá. Eu não concordo com isso aqui. Pra mim não vai caber essas ideias”. Né? Porque pode acontecer da pessoa não aceitar aquilo ali. E aí: “Tá, não é pra mim”. Mas eu acho que a gente teria que cobrar mesmo assim profissionais que gostem da área, que sejam capacitados para aquilo, para que a gente possa conseguir também com isso ter um avanço (Entrevista 5).

Então, infelizmente, essa questão de contratos, tudo isso, eu acho que isso é uma coisa que dificulta, eu acho que esse é um ponto fraco das redes de um modo geral. Eu acho que os empregos são muito políticos, né? Eu vim de uma história de Saúde Mental, mas eu poderia não ter vindo. No caso da Saúde Mental, e principalmente quem trabalha com álcool e drogas, eu acho que a gente precisava de uma coisa paralela, uma capacitação que viesse junto. Que rede é essa que a gente está colocando pra trabalhar? A gente vê desmontes em equipes. A gente vê equipes que tem setenta por cento de profissionais novos que nunca trabalharam na área e eu acho que isso tira a consistência, a ideologia de dentro desses serviços e eu acho que são coisas fundamentais. Então eu vejo hoje em dia equipes muito fragilizadas. Eu vejo conteúdo técnico dos profissionais bem trincados em algumas redes e vejo os

profissionais que tem um pouco mais de história, de conhecimento ou de experiência dentro dessas áreas, sobrecarregado (Entrevista 15).

É notório que no município em que existe um debate coeso entre os serviços sobre o tema droga, a assistência prestada apresenta caminhos diferenciados na atenção, há uma atenção baseada nos princípios do SUS mesmo diante do atual processo de sucateamento das políticas sociais.

Eu acho que eu não encontro nenhuma dificuldade nisso não porque é como eu falei, a gente está com uma rede bem amarradinha mesmo, a gente consegue acessar os gestores dos serviços, a gente consegue fazer as combinações e a particularidade de o município ser pequena facilita muito a chegada desse paciente. E os profissionais, eles são super acolhedores. Eu acho que também vai do trabalho que a gente inicia com eles antes, né? (Entrevista 7).

No entanto, cabe destacar que apenas poucas falas trouxeram essa experiência. As demais apresentam que mesmo com experiências estigmatizantes no trato dos usuários de droga na rede ampliada ainda se acredita nesse trabalho e na qualificação desse trabalho, a qual deve ser feita via qualificação continuada e com apoio matricial⁵³.

O desinteresse público em grande parte do território que estamos estudando apenas fortalece ações de cunho moral e religiosa, diante da sua ausência na construção de parâmetros e formação para a qualificação e potencialização da ordem desse cuidado. A construção de uma rede de atenção ao usuário de drogas na Baixada Fluminense precisa de um Estado atuante neste campo para que assim existam possibilidades qualificadas de cuidado no território.

Eu acho que a saúde mental aqui é meio que, tipo, deixada de lado. Eu digo isso porque eu tive um problema com questão de pagamento, aí eu tive que ir no gabinete do prefeito e o secretário dele virou pra mim e falou: “Onde você trabalha?” “Eu trabalho no CAPS” Aí ele: “O que é CAPS?” Ele nem sabia. Aí uma vez estava o prefeito aqui e a gente convidando pra vir. Então o próprio secretário... tem pessoas que trabalham lá na ponta que não sabem nem o que é CAPS, nem conhecem o que tem dentro desse município, então eles acabam meio que esquecendo. A gente mesmo que tenta promover, né? (Entrevista 3).

O estudo apresentado por Mota, Ronzani, Tófoli e Rush (2015) sobre os desafios do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil demonstra o quão é contraditório a

⁵³ Recomenda-se a leitura do Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

CTs como serviço incorporado a RAPS, bem como apresentado e analisado pelas falas dos envolvidos na pesquisa. Os autores citados nos apresentam que o chamamento à CT contribui para o descrédito do modelo apresentado pela Portaria 3.088/2011 e coloca a atenção em mais um espaço de disputa no campo da moral e da fé. Outra crítica importante é a tecida por Coe e Duarte (2017) ao pensar que se facilita o financiamento para as comunidades terapêuticas em detrimento da expansão de serviços como o CAPS AD III.

Os relatos mostram que as prefeituras são pouco atuantes no campo da saúde mental denotando um descaso por parte deste órgão. Alguns destaques se apresentam nos municípios onde a coordenação de saúde mental possui uma atuação forte junto à Secretaria Municipal de Saúde pela história de luta por esta política no município, ou naqueles casos em que a implicação política depende do retorno dado pela pasta da saúde mental no orçamento municipal. Logo, a atenção pensada na Baixada Fluminense está nas mãos dos interessados pelo tema ou dos que possuem interesse político para o uso do tema.

É... a gente já viveu vários momentos delicados, né, mas o poder público agora acho que está se aproximando, eu acho que a coordenadora está tendo uma conversa boa, uma aproximação boa, eu acho que está podendo falar um pouco do trabalho, um pouco do perfil dos nossos usuários. Eu acho que isso tem facilitado e agilizado muitas coisas, diminuído o preconceito, né, que se tem com o usuário de drogas, eu acho que está sendo uma parceria boa, que está tendo um investimento, eu acho que a gente está conseguindo ser ouvido por eles (Entrevista 7).

Outro ponto de análise nas entrevistas e na observação participante é que tal descaso público com o tema álcool e outras drogas tem uma relação direta com a baixa visibilidade que este tema dá aos municípios, aliado ao atual caminho de intervenção que é a facilitação do financiamento das comunidades terapêuticas. A invisibilidade do usuário de drogas diante do estigma que a ele lhe é empregado é refletida na atenção que ofertam para ele. Isto é visualizado nas condições que se encontram os CAPS AD, na forma de tratamento das equipes pela gestão municipal e na maneira como a gestão municipal entende o financiamento e a condução desta política.

É aquilo que eu falei se puder cortar verba de algum lugar, essa verba tem que ser cortada pra lá. Aqui a gente já teve muito isso... está tendo problema em qualquer outro lugar, vai pra lá... funcionário, um exemplo, né? E a gente, assim: “Ah, a gente tem alguma coisa pra fazer. Não, o ‘ad’ vai participar então não pode ninguém participar”. Tem uma questão de exclusão mesmo. Ou do tipo: “Álcool e droga não dá visibilidade” (Entrevista 6).

Ah, a política é... eles querem internar, querem tirar das ruas, querem fazer essa limpeza, né, essa higienização das ruas e: “Vamos internar todo mundo. Porque não produz, essa pessoa”. Alguns, né? Porque a gente tem muito paciente aqui que trabalha e consegue fazer as suas coisas. Mas, basicamente, eles acham que não produzem, não estão inseridos no mercado, ficam pelas ruas”. Isso tudo no pensamento, né, das autoridades como um todo. “São pessoas que estão aí, que podem roubar, que podem te matar”. Né? E aí pensa como? A política é essa: “Vamos internar”. Por isso que está esse incentivo tão grande de comunidades terapêuticas. “Vamos colocar dentro dos sítios e lá elas ficam trancadas, elas não saem” (Entrevista 16).

As concepções sobre a rede de atenção psicossocial na Baixada Fluminense possibilitam a compreensão sobre a existência de redes de saúde que se iniciam e se finalizam nos municípios da Baixada. Uma mais articuladas e atentas ao tema do álcool e outras drogas, e outras mais “solitárias” que tentam realizar a atenção diante do que lhe é ofertado pelo município. No entanto, as falas refletem a compreensão desse caminhar das redes e sobretudo expressão a importância de uma RAPS mais sólida, consistente e extra muros que de fato atenda a todo o território da Baixada Fluminense sob a compreensão da redução de danos sociais e à saúde como norte da ação em rede.

4.3.3 O funcionamento da RAPS na Baixada Fluminense

Para pensar o funcionamento da RAPS na Baixada Fluminense, foi indagado aos entrevistados sobre os serviços que os profissionais que participam para a atenção em rede dos usuários de álcool e outras drogas. No entanto, também é relatada a indignação não apenas com a ampliação no número de serviços, mas também na melhoria dos serviços que existem na Baixada, melhorias que precisam acontecer na infraestrutura, na contratação de recursos humanos (hoje todos os serviços funcionam com equipe mínima), assalariamento em dia, qualificação continuada dentre outros. Sobre a compreensão da atenção integral a estes sujeitos e os entrevistados destacaram:

Na área da Política de Saúde Mental: CAPS adulto, CAPS infantil, CAPS III, CAPS AD, CAPs AD III⁵⁴, ambulatórios de saúde mental (em alguns municípios), Residência Terapêutica, Leitos de Suporte em Hospital Geral, Emergência Psiquiátrica e CTs, as quais

⁵⁴ Conforme Portaria nº 130/ 2012, em seu Art. 2º - “O CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados”.

não são reconhecidas por todos como serviço que compõe a RAPS, todavia, são compreendidas como pontos de atenção do componente IV que trata da Atenção Residencial de Caráter Transitório, conforme Portaria n 3088/2011.

A gente tem os CAPS, né, a gente tem os ambulatórios, tem as residências terapêuticas. Eu não vou falar de CTs porque isso não compõe. Isso é uma coisa extra, que existe e existe com força. A gente hoje na Baixada, em Nova Iguaçu, tem quarenta comunidades terapêuticas. Não é pouca coisa. A gente tem sete residências terapêuticas e a gente tem quarenta comunidades terapêuticas, de fundo religioso. Mas o que compõe a gente sabe que são os CAPS, são os ambulatórios, a Clínica da Família, a residência terapêutica, é o que compõe (Entrevista 13).

Na área da Política de Saúde: Programa de Saúde da Família (PSF), Atenção Básica em Saúde (em especial as Clínicas da Família), Policlínicas (ambulatórios), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Na área da Política de Assistência Social: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CREPOP), Conselho Tutelar, Acolhimento Institucional para Adulto (antigos abrigos), Casa da Mulher⁵⁵ e Centro de Especialidades Odontológicas⁵⁶ (CEO).

Eu acho que a Assistência é muito importante. Muito importante mesmo pelo desdobramento da vida deles, né? Não só a Assistência. A Educação também tem um papel fundamental nessa questão dos direcionamentos. A gente, por exemplo, encontra muitas pessoas aqui que pararam de estudar por conta exatamente dos comprometimentos que o próprio uso por si só traz, então a Educação teria um papel fundamental nisso (Entrevista 2).

Então, a gente tem toda a Rede de Atenção Básica dos CAPS. Os CAPS são três: o CAPS adulto que é II, mas ainda está em obra pra virar CAPS III, a gente tem o CAPS AD que também vai entrar em obra pra virar III, um CAPS I, um ambulatório, duas “R.T.” Só. E o resto da atenção básica, né? A gente está com quatro Clínicas da Família, abrindo a próxima que vai ser aqui embaixo onde a gente tem ações de matriciamento. A gente está com uma interlocução muito bom com a Cultura e a Educação, com a Assistência que é parceira de sempre; e com a Justiça. A gente tem uma parceria bem interessante hoje, sabe? Ela diz pra mim assim: “A minha questão não é punir, a minha questão é tratar”. Porque a gente sabe que a grande maioria tem uma questão que é de saúde mental que a gente precisa cuidar. Então é uma fala completamente fora de alguns juízes que tem por aí (Entrevista 10).

⁵⁵ Dispositivo assistencial que oferta curso profissionalizante, terapias, atendimento nutricional e social a mulheres de um município da Baixada Fluminense.

⁵⁶ Dispositivo assistencial que oferta serviços odontológicos (endodontia, periodontia, odontopediatria e diagnóstico de saúde bucal) a população de um município da Baixada Fluminense.

Assim como o Ministério Público, a Previdência Social, a Secretaria de Cultura e Secretaria de Educação, apresentando que a compreensão da atenção em rede em saúde mental para os trabalhadores da política de saúde mental da Baixada Fluminense vai além da normatização ministerial apresentada pela Portaria 3588/2017 e sim transcende o pautado na normativa ao nos apresentar a importância do trabalho desenvolvido pela justiça, cultura e educação sob a leitura da importância de um exercício profissional e em rede na perspectiva de ação através da Clínica Ampliada⁵⁷.

Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário (BRASIL, 2008).

Apesar disso, não foi falado do trabalho de consultório de rua, mesmo que no levantamento feito por CNES/DATASUS - MS, dez/2017 apresente a existência deste serviço em três municípios da Baixada, conforme Tabela 2 que se encontra no capítulo 3 desta tese.

Ao serem questionados sobre os serviços que atendem especificamente aos usuários de álcool e outras drogas, os entrevistados destacaram: Policlínicas (Ambulatórios), CAPS AD, Alcoólicos Anônimos (A.A), Narcóticos Anônimos (N.A), comunidades terapêuticas, emergência psiquiátrica, residência terapêutica e o Centro Pop (ou CREPOP). A realidade apresentada pelos envolvidos na pesquisa é que o “carro chefe” de cuidado na Baixada Fluminense é o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Segundo CNES/DATASUS - MS, dez/2017 existem nove CAPS AD na Baixada Fluminense, e os demais serviços e associações são convocados para a partilha e ampliação da atenção aos usuários de drogas, em especial nos casos em que o CAPS AD não é suficiente ou não atende a alguma demanda do usuário, como a ida para a CTs para acolhimento institucional.

Hoje, infelizmente a gente tem só o CAPS AD. Infelizmente porque eu estava até conversando com a gerência e com a coordenação daqui pra gente até montar um Conselho. Porque também não tem um Conselho e isso é muito importante, o Conselho Municipal de Álcool e Outras Drogas. Isso dá uma força, dá mais voz frente à discussão política, né, pra poder conseguir abrir outros espaços e até mesmo outras formas de dar esse suporte (Entrevista 1).

⁵⁷ Recomenda-se a leitura de BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2008.

A “A.A.” e a “N.A.”, né, porque assim, a gente vê que tem pacientes que gostam, quase que diariamente, de estar lá nos lugares, falando, precisa daquela coisa, daquele reforço diário. E gostam de estar falando, gostam de estar ouvindo outras pessoas falando e precisam daquele estímulo, sabe? Então tem a proposta do A.A., do N.A., de tipo “mais um dia”, né, “vamos lá” e vai, tem o depoimento; e aquilo acaba alimentando ali como sendo um estímulo para eles. Então a gente conta também com o “A.A.” e “N.A.” que eu acho que tem um papel importante, isso é histórico, né, acho que assim, o trabalho e assistência ao usuário de álcool e drogas acho que começou muito com eles, né? E se mantém (Entrevista 4).

Outro serviço em destaque é o desenvolvido pelo Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua em conjunto com alguns CAPS AD na Baixada Fluminense, que na tentativa de suprir a ausência dos Consultórios de Rua levam atendimento, cuidado, informação e atenção em saúde mental para a população em situação de rua nas ruas e praças de alguns municípios da Baixada Fluminense.

O Centro POP que, de certa forma, acolhe esses usuários que estão mais vulneráveis, que estão em situação de rua. E a gente faz abordagem na rua, a gente ainda não tem o consultório a rua, mas a gente já está iniciando há um bom tempo a abordagem na rua para a gente poder identificar essa população que está aqui no município pra gente pensar em um acompanhamento pra eles (Entrevista 7).

Cabe a reflexão que ao indagar sobre os serviços e associações que compõem as redes de atenção na Baixada Fluminense as falas não foram deslocadas de análises sobre a necessidade de uma expansão dessa rede, como apresentado neste capítulo. Nos estudos de Gomes (2017), observa-se uma expansão no número de CAPS desde 2002 até 2014, mas uma estagnação na expansão dos demais serviços da atenção. E na contramão, conforme apresentado no Capítulo 3, um aumento no número de Comunidades Terapêuticas, de acordo com a pesquisa do Ipea (2017).

E como acessar⁵⁸ esses serviços? A compreensão de que a atenção em saúde mental no campo do álcool e outras drogas também nos leva a indagações da maneira de como vem sendo construído o acesso a esta política. Nesta subseção foi possível apresentar quais os serviços existem na Baixada Fluminense e agora cabe uma análise de como é feito o acesso a estes serviços.

⁵⁸ Entendo aqui por acesso o caminho percorrido pelo usuário para a efetivação do direito à política pública, na compreensão da importância do exercício político do usuário na política pública. Tenho como ponto de análise Assis e Jesus (2012) e Brito-Silva e Bezerra (2012).

Com isso, a partir da compreensão de Assis e Jesus (2012) acerca do acesso aos serviços de saúde, o entendimento da organização do serviço para a garantia do acesso a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense é pensada por mim através da leitura desses autores, os quais afirmam que

A dimensão relacionada à organização da rede de saúde sustenta-se na capacidade dos serviços de saúde em dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários. Para tanto, é necessário fortalecer a “porta de entrada” no nível básico da atenção, demarcando os fluxos dos atendimentos organizados a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social. (...) Além disso, é preciso facilitar o acesso dentro dos limites geográficos de cada território social, integrando serviços e práticas por meio da referência e contrarreferência na rede SUS (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2873).

O fluxo de atendimento para o acesso à atenção em saúde mental na Baixada Fluminense foi apresentado apenas em um município. O referido município chama este instrumento de Linhas de Cuidado em Saúde Mental (Anexo A) que se trata de uma organização do fluxo de acesso a política de saúde mental que entraria em vigor em 2019 e até o momento da entrevista estava sendo sistematizada. Nesse fluxo, é apresentada a organização dos serviços que compõem a rede do município e os caminhos a percorrer para a atenção em saúde mental, serviços esses que vão além da Política de Saúde. A Entrevista 10 nos relata que não se trata de um instrumento fechado e imposto, mas sim de algo que foi construído com os trabalhadores da saúde mental do município e que a qualquer momento pode ser passível de mudanças a partir das demandas da ordem do cuidado.

Ah, a gente tem o protocolo. Eu agora nem tenho ele aqui... eu estava olhando aqui pra ver se tem. A gente tem um cronograma de como encaminhar, né, dos serviços que tem. O CAPS é porta de entrada, né, é a partir disso que a gente vai disparar, então os pacientes que têm questão com dependência, eles primeiro têm que passar por aqui pra gente avaliar aonde é que ele vai ser mais acolhido, aonde é preciso. Mas a porta de entrada é a gente (Entrevista 7).

A gente fez as linhas de cuidado em Saúde Mental. Então nessas linhas de cuidado a gente fez todo o protocolo da rede, as linhas de cuidado que vai sair, vai lançar já a nossa. Então com isso a gente entrega para a Atenção Básica e para os outros parceiros da rede para saber como é que a gente anda nas linhas de cuidado de Saúde Mental, né? Aí o CAPS AD faz o quadro dele de qual é a linha de cuidado, as atividades que ele faz, o apoio diagnóstico e terapêutico e os recursos, né? Esse aqui é o CAPSI, que faz as mesmas coisas, ambulatório e o “ad”. A Atenção Básica que a gente fez também, né, é o que a gente espera que a Atenção Básica faça com a Saúde Mental, né? E aí aqui a gente faz mais ou menos qual é o percurso, né, do que é que tem que fazer, né? (Entrevista 10).

Também existe a construção de fluxos e protocolos por demanda dos serviços para assim facilitar o acesso da população ao cuidado, como o caso da relação entre CAPS AD e o CentroPop.

Tanto de entrada, quanto de saída deles, não tem um fluxo exato, vai de caso a caso. A entrada no CAPS é por qualquer meio de vinculação, pode ser por demanda espontânea ou por uma demanda mesmo de encaminhamento, mas daqui pra fora, né, o Centro POP, por exemplo, tem uma parceria aqui com a gente de trazer os pacientes aqui. Essa parceria, ela acaba tendo um protocolo maior. Então o Centro POP vem ao CAPS, traz com o transporte deles uma quantidade de pacientes aqui por dia, por terça-feira, que é o único dia que eles têm disponibilidade e a gente também, então existe um protocolo para trazê-los, mas eles lá orientam e encaminham qualquer outro paciente que tenha condição de chegar ao CAPS sem precisar deles, entendeu? Então esse fluxo funciona bem (Entrevista 15).

Os demais municípios participantes da entrevista sinalizaram que a ausência de um fluxo ou protocolo instituído não era problema para a materialização da atenção em rede na política de saúde mental e sim que “o mais importante é isso: você tem acesso”, como relatado pela Entrevista 8. E o ter acesso nas falas aparece através da realização de encaminhamentos, contato telefônico, emissão de relatório, guia de referência e contra referência e o compartilhamento de casos nas reuniões de equipe. No entanto, ter acesso ao serviço também precisa vir na mesma direção de como este acesso está sendo permitido, bem como uma análise sobre a “desigualdade de acesso” (ASSIS E JESUS, 2012). Logo, os profissionais aos pensarem a existência ou necessidade de fluxos e protocolos também realizaram críticas sobre o atual momento de sucateamento da política de saúde mental, a dificuldade de consolidação de uma rede sólida de serviços e profissionais em todos os serviços. Ou seja, identificam as barreiras existenciais para a consolidação de uma atenção com acesso igualitário e universal.

Não, não tem nada muito amarrado, definido. Você só precisa de repente ligar, fazer uma ligação, comunicar, né? Não é simplesmente mandar o paciente: “Ó, vai lá e procura tal lugar” Porque às vezes o próprio paciente não vai saber explicar o que é, até quando a gente vai fazer o encaminhamento para um outro CAPS. Geralmente é assim: a gente faz um contato telefônico e a gente mesmo escreve a punho encaminhando, para ele entregar, mas sempre ligando, fazendo esse contato telefônico (Entrevista 3).

E esse fluxo é assim: quando é CAPS é demanda espontânea, tá? Então pode ser direcionado de outros dispositivos, como não. O ambulatório não é de demanda espontânea, ela tem que ser encaminhada por algum profissional

que vê aquela necessidade. Nós temos... quando a gente fala do suporte dos leitos da Saúde Mental no hospital, tem que ser direcionado também dos dispositivos, dos CAPS, né, pra poder direcionar aquele indivíduo que já é acompanhado no CAPS e ele, sei lá, por algum motivo, ele teve um surto e precisou daquele suporte ali na emergência, então é direcionado (Entrevista 5).

Então, com relação aos CAPS o ideal é que se faça passagem de caso ou compartilhamento de caso em reunião de equipe. Então a gente tenta, dentro do possível, participar da reunião ou uma minirreunião para fazer a passagem desse caso. Ou então a gente aciona mesmo nessa rede miúda como eu falei, né? E o protocolo que a gente costuma seguir e isso até mesmo para fora...a gente faz aqui dentro, mas a gente faz também mais para fora do município, é uma guia de referência e contrarreferência (Entrevista 16).

A construção de um caminho organizado para atenção em rede através de fluxos e protocolos para a garantia do acesso aos serviços em rede proporciona certo conforto aos trabalhadores na medida que garante uma segurança na composição organizada dos serviços. Com isso, em alguns municípios essa organização prevê um serviço que seja a porta de entrada da atenção e assim aquele serviço que se destaca por dar início ao fluxo e que possui um papel preponderante em “selecionar a demanda”, como possibilidade de organização e assertividade do acesso. Ao pensar a composição das redes que compõem a Baixada existirão municípios em que a porta de entrada será a Atenção Básica de Saúde, outros a Emergência Psiquiátrica, Hospital Geral e outros o CAPS AD, a partir da fala dos entrevistados.

As entrevistas apresentam que a Atenção Básica como porta de entrada se destaca após o processo de matriciamento e a compreensão da sua importância na leitura dos sujeitos usuários da política de saúde mental. Bem como, a sua proximidade com os sujeitos em seu território. A emergência psiquiátrica por ser o espaço que absorve grande parte dos usuários em surto ou por questões relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas; cabendo aos profissionais desse serviço o encaminhamento aos demais espaços de cuidado, no geral o CAPS AD. O Hospital Geral, por ser a porta de entrada para diversos casos que assim como a emergência psiquiátrica também atende emergencialmente as demandas dos usuários de álcool e outras drogas. E o CAPS AD que se tornou reconhecido como o espaço de atenção e cuidado para esses sujeitos e que pelo conceito de “portas abertas” ocasionou, na Baixada Fluminense, ser a maior porta de entrada, como sinaliza a maioria dos entrevistados.

Olha, para mim tem várias portas de entrada. O CAPS AD é uma porta de entrada, mas não necessariamente só o CAPS AD. Se você tem um trabalho integralizado com a rede, a gente consegue ver outras portas de entrada que

poderiam estar encaminhando para os locais adequados. Por exemplo, o hospital municipal, ele é uma porta de entrada. Porque se um paciente chegou lá com o uso abusivo de álcool e outras drogas, ele é uma porta de entrada. Ele entrou por lá, mas ele pode vir para o CAPS AD, que vai dar uma continuidade ao atendimento dele (Entrevista 2).

A emergência psiquiátrica. Não pela legislação, mas eu acho que a emergência acaba sendo um lugar que as pessoas entendem como uma porta de entrada porque as pessoas costumam procurar quando estão em um momento de crise, em um momento muito agudo. Então acaba que lá recebem e encaminham para os outros lugares, mas eu acho que o CAPS é a verdadeira porta de entrada. Em minha opinião, o CAPS é a porta de entrada (Entrevista 15).

A organização da porta de entrada se deu através da maneira como isso foi organizado pelo município, com maior ou menor adesão à compreensão do acesso à política de saúde mental. Logo, as falas expressam a existência de portas de entrada, pois compreendem que os serviços que compõem a rede podem realizar o papel de encaminhar e absorver a demanda do campo do álcool e outras drogas. Mas, no geral, é apresentado o CAPS AD como porta de entrada através de demanda espontânea ou por encaminhamento.

Não, foi aquilo que a gente falou lá das redes. Quem precisou de ajuda e por onde veio, seja por um hospital, seja pelo Secretário de Saúde que pediu ajuda ou pelo morador de rua que entrou, ele vai ser atendido e vai receber o tratamento e a atenção devida (Entrevista 1).

A gente coloca como porta de entrada o CAPS II. Que aí o CAPS II que vai absorver e distribuir. Mas isso era mais direcionado. Hoje a gente consegue distribuir um pouco mais essa rede. Antigamente era só único. Hoje ela está um pouco mais dissociada, está um pouco mais distribuída, né? Então o hospital também pode ser uma porta de entrada. E aí a gente coloca que o CAPS também é porta de entrada porque é demanda espontânea, sabe? Mas o “II”... porque como a pessoa tem o conhecimento de CAPS. Quando você faz o acolhimento e você vê a história daquela pessoa, você vê que não é para aquele dispositivo, o perfil não é para lá. Aí você direciona, entendeu? Mas normalmente é o CAPS II (Entrevista 5).

O conceito de porta de entrada passa a ser muito utilizado na política de saúde mental como espaço de recepção para os usuários dessa política e em muitos casos o primeiro atendimento desse usuário na RAPS sobre a perspectiva da realização de um acolhimento.

No entanto quem é ou deveria ser a “porta de entrada” nas RAPS da Baixada Fluminense? O Ministério da Saúde através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB / 2012) coloca Atenção Básica como porta de entrada para a política de saúde e consequentemente para o acesso a política de saúde mental. E na política de saúde mental

temos no CAPS um serviço estratégico para o fortalecimento das ações que reforçam os princípios da Reforma Psiquiátrica, em especial a atenção no território.

Com isso o debate apresentado acerca do CAPS AD ser a porta de entrada distancia o real sentido do CAPS na condução da atenção em saúde mental e reduz o seu papel. Segundo Nicodemos e Elia (2016), o CAPS possui legitimidade na ordenação da rede e consegue realizar isto com excelência, como já citamos nesta tese. O trabalho desenvolvido no CAPS coloca nele o papel de rede. Já para Coe e Duarte (2017) com a instituição da RAPS através da Portaria nº 3.088/2001^a Atenção Básica é colocada como ordenadora do cuidado e retira o CAPS desse lugar, o qual é reconhecido pela Portaria GM/MS nº 336/2002. Essa “dança das cadeiras”, é bem sinalizada por Coe e Duarte (2017, p. 93) ao expressar que a construção da atenção em saúde mental é algo “dialético sempre superando o momento anterior” remete a compreensão do ordenador da rede nas redes da Baixada Fluminense.

A compreensão do CAPS AD na RAPS está sendo discutida por alguns autores, em especial Nicodemos e Elia (2016) que nos afirma que o entendimento sobre o funcionamento da RAPS na Política de Saúde Mental, não pode anular o papel do CAPS de articulador da rede e para os autores como “uma instância em rede”. Logo, é preciso cuidar do lugar do CAPS na RAPS na perspectiva de reformar a ideia tratada por Coe e Duarte (2017) do seu “lugar estratégico” no rompimento do modelo excludente e asilar de atenção em saúde mental.

O trabalho no CAPS AD vai além da porta de entrada e o acolhimento é feito pelos trabalhadores que são chamados de Técnicos em Saúde Mental⁵⁹, nos CAPS AD as equipes são compostas por equipe técnica mínima⁶⁰.

Olha, os profissionais que estão na rede CAPS AD são todos Técnicos em Saúde Mental. Então o técnico em Saúde Mental vai ser independente de uma formação, segundo o Estatuto que reza a instituição CAPS, né, então nós temos vários profissionais. Como, no caso, eu sou psicólogo, então eu

⁵⁹ Cabe destacar que não existe regulamentação para esta nomenclatura, ou seja, apenas trata-se de um cargo para contratação de profissionais de nível superior para a Política de Saúde Mental.

⁶⁰ Segundo a Portaria GM/MS nº336 / 2002 sobre os recursos humanos para o CAPS AD II: “4.5.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS AD II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:
a - 01 (um) médico psiquiatra;
b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão”.

acabo tendo um olhar talvez um pouco melhor sobre alguns comportamentos por causa da formação. Mas nós temos pessoas que são da área da farmácia que já atende a medicação, técnicos em enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, aqui nós temos até biólogos, né, pedagogos, profissionais voltados para a questão da... enfim, profissionais afins. Eles vêm, passam por uma orientação acerca de como vai ser feita a abordagem... tem nutricionistas, assistentes sociais, é muito importante, enfim, médicos, né, temos aqui o psiquiatra e temos a clínica, a médica clínica, né, enfim (Entrevista 12).

Diante disso, a rede da Baixada Fluminense conforme a fala dos entrevistados é composta pelos seguintes profissionais: Administrativo, Assistente Social, Biólogo, Conselheiro Tutelar, Educador Físico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Médico Generalista, Médico Psiquiatra, Oficineiro, Pedagogo, Psicólogo, Químico, Redutor de Danos, Técnico de Enfermagem e Terapeuta Ocupacional. Como já sinalizado anteriormente, cada município tem uma composição de serviços, assim também há variação na composição dos profissionais no território, mas pensando a Baixada como um todo são esses que transitam na esfera do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Todavia, ao refletir acerca da carência de profissionais nos municípios é notório que o há são composições diferenciadas diante da mão de obra existente no município.

O trabalho realizado por esses profissionais não se limita as demandas do CAPS AD, pois oferecem no espaço do CAPS AD intervenções educativas, oficinas, cursos, palestras, festas e cultura para os usuários de álcool e outras drogas. Pois ao indagar sobre ações, projetos e programas realizados no município é unânime a resposta de que apenas o CAPS é responsável por pensar e executar ações no campo do álcool e drogas. Ou seja, não existe nenhuma outra frente de ação para se pensar o significado do uso de drogas na Baixada Fluminense de forma preventiva e educativa. Apenas as ações de repressão ao comércio de drogas que fica a cargo da polícia local.

Vou te contar... nenhum município tem, tá? Não é só aqui em Y que não tem não. Se o CAPS não fizer, ninguém faz. A verdade é essa. A ideia que me passaram é como se fosse assim: já estou pagando para o serviço do CAPS acontecer então o CAPS AD tem que fazer (Entrevista 6).

O que fica claro nas falas é uma desobrigação do Governo Municipal no trato da questão, delegando ao CAPS AD⁶¹ total responsabilidade nas respostas as demandas do

⁶¹ A assistência prestada ao paciente no CAPS AD II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a) Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

campo álcool e drogas. Todavia para a Entrevista 10 “o CAPS tem uma autonomia muito grande de fazer coisas com eles, né? Assim, tem umas atividades de coral que eles estavam começando a fazer, atividade de educação física mesmo, mais pra fora, futebol, essas coisas que são com outros dispositivos, né?”.

O discurso da autonomia para o exercício de ações também encoraja os trabalhadores a pensar ações que possam ampliar o horizonte de cuidado. Mas é fundamental a reflexão de que o CAPS AD não tem a obrigatoriedade em dar conta de todas as demandas do campo álcool e outras drogas do território. E o município que não possui CAPS AD? Não possui atenção? Com isso, é importante a compreensão de que o trabalho em rede precisa perpassar a atenção aos usuários de álcool e outras drogas e sedimentar a construção de ações no território.

Mesmo com essas reflexões e angústias que pairam sobre os trabalhadores, as falas apresentam que os CAPS AD agem através das “parcerias” como o CRAS, o CREAS e o Centro Pop na tentativa de levar educação em saúde sobre o uso de álcool e outras drogas sob a orientação da política de RD. Esses serviços são parceiros na ocupação das ruas para prestar orientações, bem como para oferta de serviços, em especial a população em situação de rua. Também é desenvolvido trabalho nas escolas no intuito de fortalecer a compreensão sobre o uso de drogas na perspectiva de possibilitar aos alunos escolhas conscientes sobre o uso de álcool e drogas. E por fim ações em conjunto com o Centro Cultural (exibição de filmes com debate) e a Vila Olímpica (atividade física). Todas essas atividades são acompanhadas pelos técnicos de saúde mental e algumas fazem parte do projeto terapêutico singular dos pacientes.

Dentro do CAPS AD a gente tem o nosso funcionamento, que são ações que são realizadas aqui dentro. A gente tem os grupos coletivos, que tem funções específicas, tem o grupo da família, tem os grupos só com eles; e a gente tem o grupo também e adolescentes. A profissional de Educação Física, ela fazia um trabalho também de... dentro do próprio funcionamento do CAPS AD, ela levava os pacientes também – os que queriam, é claro – para fazer caminhada- de gostar de estar nesse ambiente de espaço aberto que é a rua, então por isso que a gente estabeleceu uma parceria com o Centro POP, embora não seja uma parceria formalizada, uma pactuação, não é isso, mas é

-
- b) Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
 - c) Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
 - d) Visitas e atendimentos domiciliares;
 - e) Atendimento à família;
 - f) Atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
 - g) Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.
 - h) Atendimento de desintoxicação.

uma parceria de trabalho. Então assim, outras oficinas que eram realizadas aqui no CAPS AD eu considero como sendo ações muito positivas (Entrevista 2).

Tem as combinações que a gente faz com outros serviços. Por exemplo, a gente consegue usar a Vila Olímpica a partir da educadora física com a combinação com o gestor de lá. Aí tem paciente nosso que está fazendo “hidro”, a gente está querendo inclui-lo na natação. E o que tiver pra oferecer lá a gente vai ver com cada perfil e o desejo do paciente para a gente estar encaixando eles (Entrevista 7).

Com isso, quem tem a maior visibilidade na atenção dos usuários de álcool e outras drogas é o CAPS AD, sendo reconhecido pela maioria dos entrevistados como o serviço que ordenada a RAPS na Baixada Fluminense devido ao seu esforço em ampliar a possibilidade de cuidado e atenção em saúde mental nos municípios sobre a perspectiva da Política de Redução de Danos.

Ao adentrarmos no CAPS AD para compreender o manejo da atenção aos usuários de drogas nocivas me surpreendeu o posicionamento maciço dos entrevistados contra a medida de internação como intervenção nesses casos. Mesmo que poucos afirmem que a perspectiva de atenção é baseada na RD⁶², as falas deixam clara que o caminho traçado para a intervenção perpassa a compreensão da RD como destino único de ação ao desenhar como se dá a atenção aos usuários de álcool e outras drogas em seu processo de trabalho.

Então, ainda é a redução, mesmo o nocivo porque a gente não trabalha com o propósito de internação. Casos nocivos são difíceis às vezes de chegar porque assim, eles não querem, eles ficam em um estado deplorável e não aceitam nenhum tipo de abordagem (Entrevista 1).

Isso vai depender muito de cada usuário, né, porque é singular o acompanhamento dele, né, então a gente vai tentar entender um pouco como é que é a relação desse usuário com a droga para, a partir disso, a gente pensar (Entrevista 7).

Então esse trabalho em conjunto acaba fazendo com que a pessoa tenha um tratamento multidisciplinar e ela consegue absorver e isso vai tirando um pouco a abstinência, vai trazendo ela para um tempo mais sadio de viver. E isso nós entendemos como um bom manejo desde que também ela atenda (Entrevista 12).

⁶² De acordo com Andrade (2004) “Redução de Danos não é um conceito de consenso na literatura ou entre os técnicos que o operacionalizam; entretanto, é de fácil definição a partir de suas práticas: trata-se de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários aos usos de drogas sem necessariamente requerer a redução do consumo de tais substâncias”.

A RD é tratada como a base de intervenção ao pensar como caminho de ação a acolhida, o vínculo, a escuta, a inserção em oficinas e grupos, bem como o reconhecimento de que o sujeito da intervenção é o usuário de álcool e outras drogas e não o profissional.

Que veio atravessada, né? Primeiro de tudo é a RD. Acho que é um trabalho bem de acolher a família, de fazer um trabalho mesmo de conscientização. Não adianta eu querer se o sujeito não quer. Faz como, né? Eu acho que os pacientes entenderam isso de uma forma bem legal porque eles procuram, eles querem: “ Ah, preciso falar com o psicólogo, não estou bem, estou querendo ter recaída”. Ou quando eles têm recaída, eles: “Poxa, eu tive recaída, eu queria falar sobre essa recaída, de como é que foi, pra ver se alguma coisa muda” (Entrevista 10).

Então, eu acho que esse é um buraco que gente tem. A gente quando lutou pela Saúde Mental, lutou pela Reforma, lutou pelo fim de prender a fim de tratar livre, porém a gente em nenhum momento disse que os pacientes não precisariam desse suporte. E aí eu acho que a gente deixa um buraco. O município é um município onde a gente tem dificuldade quando a gente precisa realmente em casos de pacientes que estão causando risco a si e a terceiros, de conseguir internar em algum lugar, nem que seja para quê, porque a gente não fala do tratamento a partir de uma lógica manicomial, só que isso não ignora, nós, clinicamente falando, podemos precisar de uma internação (Entrevista 15).

Ao pensarmos o manejo clínico com base na RD foi possível reflexões sobre o lugar da recaída e da internação para os usuários de drogas como medida de calar esses sujeitos e a equipe não se aproximar desse caso. O silenciamento dos usuários de drogas é algo que se tenta cotidianamente e os trabalhadores do CAPS AD precisam ter uma função divergente dessa, e as falas mostram que os técnicos em saúde mental da Baixada Fluminense estão atentos a isto e seguem resistindo a outras referências que não tratam da RD. Este fato é marcado pela recomendação de internações compulsórias feita pelo judiciário com o apelo da família mostrando um total despreparo do Ministério Público para a abordagem do tema, e que alguns trabalhadores sinalizaram não atender a recomendação. Mas a palavra “ainda” é muito forte quando falam da RD, pois é notório o medo que paira sobre os atuais retrocessos perpetrados contra a política de saúde mental, conforme reiterado ao longo dessas análises.

Para isto, os profissionais sinalizaram a importância dos serviços que compõem a rede e já citado neste capítulo como um grande aliado não apenas para a construção de uma rede de atenção psicossocial, mas sobretudo na tentativa de garantir aos usuários de álcool e drogas a redução dos danos sociais e à saúde. Diante dos serviços apresentados, as falas demonstram um forte apelo a Política de Saúde, Assistência Social e Previdência Social, minha análise compreende que estas três políticas são mais acionadas para a promoção da RD, pela

compreensão de que é relevante o cuidado físico e o acesso a benefícios como possibilidade para o cuidado da saúde mental, pois não há cuidado em saúde mental sem o cuidado de outras áreas.

A política de Assistência e a Previdência. É o que mais a gente tenta, né, porque a Assistência entra muito também na questão do passe livre para o tratamento. Tem muita dificuldade, né, de conseguir o passe. Aqui no município demora três meses, né, a entrada, demora três meses para a liberação do passe. Então, essa pressão em cima da Assistência, porque, né... procura muito o CREAS também por conta de vulnerabilidade, mais a política assistencial mesmo. E a Previdência, em alguns casos, porque não são todos, que eu direciono para BPC, porque se fosse... todos eles querem, né? Sempre dar uma filtrada. Mas é a política de assistência (Entrevista 14).

A gente procura muito o CRAS. O pessoal do CRAS e CREAS, a gente tem acionado bastante eles. Isso fora da Saúde, né? Então, é o CRAS e o CREAS, a Assistência como um todo. Porque tem uma demanda muito grande de... a gente trabalha com uma população muito precarizada, que já perdeu o emprego, que já perdeu a capacidade de trabalho. Então a gente precisa às vezes desse suporte da Assistência. E o INSS. Só que o INSS, ele só tem ultimamente só negado benefícios, acabado com benefícios. Pessoas que já estavam há muito tempo, estão sendo cortadas. Eu acho que fora, é isso (Entrevista 16).

Outro ponto de análise é a formação continuada dos profissionais que atuam na RAPS da Baixada Fluminense. As falas nos apresentam que a configuração da formação continuada está relacionada às características do CAPS AD e da equipe que ali se encontra. Ficou bem dividido os relatos, nos mostrando que o maior aliado da formação continuada é a formação individual dos profissionais, pois o norte da formação está sendo baseada nas falas dos colegas através de seminários, fóruns municipais, rodas de conversa, curso online, discussão de caso nas reuniões de equipe, Fórum AD (promovido pela SESRJ).

Então, às vezes dentro do próprio município com essas discussões da equipe de Saúde Mental a gente vê algumas necessidades e a gente acaba a própria Saúde Mental, os próprios profissionais capacitando. Então há, no meu ponto de vista, uma desorganização em relação a essas informações. Mas, de qualquer forma, existe, né? Então às vezes algumas pessoas é que tem o acesso porque está muito próximo de onde vem a informação e acaba ficando para um grupo mais seletivo e não dá condição de toda a equipe participar (Entrevista 5).

Tem muito tempo que não tem nenhuma capacitação externa. As capacitações que a gente tem feito são internas, né? A gente promove seminários entre nós mesmos, entendeu? Onde o técnico que já tenha alguma capacitação que fez, traz pra gente, e aí a gente para um dia inteiro, aí

discute casos. Atualmente a gente está fazendo a questão do matriciamento em Saúde Mental (Entrevista 9).

Olha, as capacitações são bastante individuais. Ou seja, cada profissional faz a sua própria capacitação. Eu desconheço que haja um dispositivo para essa capacitação. Inclusive, é ideia do diretor até que isso ocorra, que haja uma capacitação. E hoje nós temos uma supervisora, onde todas as quartas-feiras nos dedicamos uma parte da reunião administrativa para discutirmos os casos e sabermos como evoluir, como proceder, a quem indicar, como ter o manejo pra poder fazer isso. Em cima dessa supervisão nós conseguimos ter uma capacitação ou a auto capacitação (Entrevista 12)

Ao indagar sobre a periodicidade da formação continuada nos é relatado que depende da demanda dos profissionais e da organização deles; pois são eles que reproduzem o seu saber dentro dos serviços. Logo, é observado que o tema formação continuada na Baixada Fluminense não é algo de relevância para a gestão em saúde mental, pois as falas mostram pouco incentivo das coordenações para esta ação. E quando incentivado, nos casos de cursos na modalidade EAD não há espaço nos serviços que possibilite a realização da formação, pois a maioria dos CAPS AD não possui computador e rede de internet disponível para os funcionários.

Então, existem alguns movimentos de seminários, de algumas coisas, mas assim, não são especificamente capacitação. Tem algumas capacitações que são externas, né? Não especificamente o município, que eu penso que deveria proporcionar isso (Entrevista 2).

O sentimento que fica para mim diante da ausência de incentivo para a formação é de um descaso para com o fazer profissional e a ideia de que o importante é dar conta das demandas do serviço, deixando para segundo plano o fortalecimento da mão de obra e a qualificação dos trabalhadores. Esta ausência é mais um mirante de como o poder público entende e cuida da política de saúde na Baixada Fluminense.

O que infelizmente não é uma característica isolada no trato da política de saúde mental através do destrato sobre os profissionais, pois Prudencio (2017) apresenta este traço ao pensar a RAPS no município do Rio de Janeiro nos trazendo reflexões sobre a não oportunidade de espaço formativo. Assim como reforça a importância da formação continuada para a melhoria da atenção, coadunando com as reflexões de Fernandes e Ribeiro (2016) acerca da rede de saúde mental em Campinas e a importância da gestão para a garantia da formação continuada.

Sobre a existência de outros espaços de troca entre os profissionais tais como reunião entre os serviços e / ou reunião para encontro da RAPS, entende-se que o espaço para a troca é proporcionado conforme organização da gestão do Serviço e em muitos CAPS AD no espaço da supervisão que ocorre nas reuniões de equipe. Estas reuniões são organizadas por município e seu tom é dado pela coordenação do CAPS AD.

Em todos os municípios há algum tipo de encontro, com periodicidade pré-definida junto a gestão. No geral o intuito das reuniões é a apresentação de um caso e a busca por resolutividade. Para tal são convidados outros serviços que subsidiarão na leitura do caso e encaminhamento.

Então, os encontros são feitos toda semana, toda quinta-feira. E aí varia os convites. Já houve com o CRAS, com a equipe do CREAS, com a DEAM, com a CEAM, com o Conselho Tutelar. E aí depende do que vai ser discutido naquela semana. A gente tem tanto a reunião de grupo que convida pra poder discutir, vamos supor, um caso, então chama o CREAS pra ver como ele está, como é que vai ser possível trabalhar (Entrevista 1).

Não é uma reunião coletiva, são reuniões individualistas. Eu necessito, eu percebo a necessidade dessa rede, então eu chamo essas pessoas ou eu vou até essas pessoas e a gente consegue de alguma forma pactuar um trabalho, que não é pactuado oficialmente, mas é uma pactuação de trabalho, de instituição para instituição, né? E aí a gente consegue fazer dessa forma, mas não o que deveria ser um protocolo mais geral mesmo, né? (Entrevista 2).

Outra formatação de reunião, muito recorrente nas falas, é o apoio matricial. São reuniões que se destinam, em especial a Atenção Básica e em alguns momentos aos dispositivos da Política de Assistência Social, a possibilitar informações, formação e reflexão acerca da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. No entanto, as reuniões para o apoio matricial ainda não estão claras da sua função para os trabalhadores. As falas mostram uma incompreensão desse espaço, apesar de apresentar a importância dele para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Então, nesse momento como eu te falei a gente está fazendo a questão do matriciamento, né? Então são os supervisores juntamente mesmo com os técnicos dos CAPS que vão falar para os técnicos dos outros equipamentos da atenção básica. Então a gente tem casos, problemas que a gente leva para discussão, eles trazem o que eles estão recebendo, as dúvidas que eles têm e a gente leva pra lá também os que a gente já está em acompanhamento para dar continuidade no território (Entrevista 9).

A gente geralmente tira um caso, por exemplo: vamos discutir um caso da infância, né? A gente também tem supervisão de território. Então nas

supervisões de território é a Atenção Básica, a Assistência, né, eles vão dizer qual é o caso que eles querem discutir e a gente vai com eles que estão envolvidos nesse caso e a gente faz uma supervisão com o supervisor de algum dispositivo. E aí é mais ou menos o que a gente faz quando a gente precisa dos outros atores da rede. A gente também chama. Não adianta entrar só a Saúde Mental sem o resto do suporte (Entrevista 10).

Não há reunião apenas para a aproximação dos serviços ou para uma compreensão do seu papel na RAPS, todas possuem um direcionamento apresentado pela demanda dos CAPS AD com encaminhamentos para respostas a essa demanda. Ao tratar da interação entre os municípios para a integração entre os serviços e a possibilidade de uma RAPS da Baixada Fluminense, pois como já destaquei anteriormente a Baixada é feita de redes, redes municipais.

Os entrevistados ressaltam que essa integração acontece com frequência por questões hospitalares, pois nem todos os municípios possuem hospital geral como reserva de leitos para as questões de álcool e outras drogas. Ou quando em alguma unidade de saúde o usuário do CAPS AD informa ser acompanhado pelo CAPS. No geral, é como a Entrevista 14 relata “às vezes a gente recebe de Queimados, mas aqui na frente eles ficam filtrando, aí a gente não costuma absorver muito de outro município não, a gente fica mesmo restrito só a Y”.

A gente faz contato. Contato telefônico ou um encaminhamento por escrito, né, um encaminhamento formalizado. Outras instituições também fazem contato com a gente para alguns casos específicos também: “Ah, eu estou com um paciente...”. Apareceu lá no Nise da Silveira, por exemplo, onde já aconteceu, mas é referenciado por X, está internado, mas vai receber alta. Quem é a referência? É o CAPS AD de X. É usuário de álcool e outras drogas. (Entrevista 2)

Sim, porque às vezes a gente não tem um leito de emergência aqui e aí a gente tem uma conversa boa com os outros municípios que tem a emergência, tipo São João, Nova Iguaçu; e a gente tem uma relação muito próxima pelos municípios serem muito colados um no outro (Entrevista 7).

Existe no sentido de nós facilitarmos o encaminhamento desse paciente. Então se a gente recebe aqui um morador de Caxias, então nós temos o cuidado de ligar para o CAPS AD de Caxias, falar o nome das pessoas, dar algumas informações básicas, saber quem vai receber essa pessoa lá, o dia e hora, pra podermos estar fazendo essa passagem bastante suave para o paciente (Entrevista 12).

Outra forma de diálogo entre os municípios são as redes informais que se dão nas relações pessoais ou nos grupos de aplicativo de conversa. Assim alguns profissionais relatam acessar vaga em hospitais para o cuidado dos sujeitos.

Então, é mais porque os coordenadores se conhecem, então não é uma coisa formal, é uma coisa mais amigo por amigo: “Ah, eu faço isso assim pra você. Tem como levar um paciente pra você porque hoje tem médico aí? Tem um leito aí que você possa ficar com um paciente?” Mas é muito informal. Não existe tipo um consórcio, nada disso não (Entrevista 9).

A integração maior que tem é pelo Estado. O Estado tem um grupo que é da Metropolitana que aí inclui todos os municípios e a gente consegue se falar por esse grupo. A gente tem um grupo de “whatsapp” também que é a “metro I” e ali estão todos os municípios da Baixada e quando a gente tem alguma dificuldade: “Fulano... é Nilópolis... está precisando de ajuda?” (Entrevista 10).

Observa-se um silêncio entre os municípios que compõem a Baixada Fluminense para se pensar uma atenção em rede da Baixada. O que se tem é o fortalecimento do município para a atenção de suas demandas específicas no caso dos usuários de álcool e outras drogas. Com isso, os municípios não conversam, mesmo aqueles que não possuem CAPS AD e que precisam prestar esta assistência a sua população. A falta de diálogo possibilita um vazio assistencial entre os municípios e que se apresenta nas falas como apenas “não saber” qual a diferença na atenção prestada no âmbito da RAPS no território vizinho. A meu ver, essa ausência de diálogo também fortalece a ausência de uma organização dos profissionais e da população para expressar e reivindicar uma melhor atenção a política de saúde mental na Baixada.

Eu acho que tem algumas diferenças sim. Alguns são mais avançados, outros não, outros têm as redes mais fortes, outros não, outros têm esse vínculo maior com outras redes de serviços de outros municípios, outros têm alguns campos maiores de discussão pra essa área. E tem outros que eu vejo que é menos avançado, que é aqui. Tem aqueles que estão ainda lá... precisa avançar muito ainda. A gente está um pouco à frente (Entrevista 5).

Essa pergunta eu não tenho muito como responder porque não tenho como falar dos outros municípios porque eu não trabalho, então eu não sei como é que funciona, mas eu acho que... acredito que não, acho que a direção é a mesma (Entrevista 7).

Acho que não, acho que com toda a... ainda está muito debilitado, acho que funciona bem melhor que outros municípios. Porque se a gente entende que a gente tem uma demanda às vezes de Caxias, de Queimados, de Belford Roxo, de Mesquita, a pessoa entende que lá esses serviços não estão funcionando, então eles buscam aqui. Então com toda essa falta que a gente está falando, que a gente sabe que tem esse déficit todo, a gente ainda funciona bem (Entrevista 13).

A notícia que circula entre os municípios é que todos estão passando por dificuldades de recursos e na gestão pública, e que alguns poucos casos exitosos são apresentados. Mas há uma indiferença clara na fala dos entrevistados ao tentar pensar outros municípios que não seja o seu de trabalho. Há como se existisse uma barreira territorial promovida pela municipalização na Baixada Fluminense.

No entanto, as redes na Baixada Fluminense mostram princípios e objetivos que versam sobre os pontos apresentados para atenção aos usuários de álcool e outras drogas a partir das normatizações já apresentadas nessa tese, tais como: Portaria GM/MS 336/2002, Portaria nº3.088/2002, Portaria 130/2012, Portaria 3588/2017 dentre outras. Normatizações estas que coadunam com a proposta da RD como saída ímpar de cuidado e atenção psicossocial. Pode-se afirmar que apesar da fragilidade da atenção e sucateamento dos serviços a Baixada Fluminense possui um bom diálogo entre os profissionais que compõem a rede e assim é possível vislumbrar a atenção aos usuários. No entanto, ainda se encontra longe das condições ideais, mas perto das condições possíveis.

4.3.4 Análises da RAPS na Baixada Fluminense

O roteiro de entrevista, nas perguntas finais, levou o entrevistado a reflexões sobre a RAPS e o atual momento da política de saúde mental para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense. Sendo assim, ao indagar sobre quais os avanços proporcionados pela RAPS na atenção aos usuários de drogas na Baixada as respostas transitaram entre o “nada” e “muitas coisas”. Mas a maioria dos entrevistados nos aponta que a RAPS trouxe uma mudança do paradigma anterior, pautado na repressão, abstinência e encarceramento, possibilitando um novo paradigma que se esmera na construção de uma rede de atenção aos usuários de drogas sobre a perspectiva de um cuidado intersetorial e integral, logo um cuidado que dialoga com as políticas públicas e reconhece esse sujeito para além do seu uso de drogas.

Os avanços? Eu acho que é importantíssimo a RAPS no sentido de possibilitar, de instituir, por exemplo, um lugar para tratamento de usuários de álcool e drogas. Possibilitar esse tratamento sem ser aquela coisa como era anteriormente, tanto com os doentes mentais quanto com os usuários de álcool e drogas, da exclusão, da ideia de exclusão. Acho que é uma mudança

de paradigma, né? Anteriormente excluía, fechava, trancava, né, essas pessoas e agora tem a coisa do tratamento aberto, né? Assim, eu acho que esse é o principal avanço, né, essa coisa de não ter que encarcerar, de não ter que excluir, de não ter que fechar, isolar, né? Então eu acho que a organização dessa rede em oposição ao manicômio, nossa, isso aí é um ganho, né? Porque antes que tratamento era dado, né? Era mais exclusão do que outra coisa, né? (Entrevista 4).

Sobre a perspectiva da Entrevista 4, a maioria admite que a RAPS⁶³ é um grande avanço para a construção de uma atenção no campo do álcool e outras drogas. Trazendo para esta ação em rede o cuidado no território, o reconhecimento do “drogado” como sujeito de direitos, remissão de sofrimento através do cuidado em saúde, a proposta de um atendimento humanizado, uma maior compreensão sobre o que é o uso de drogas, ampliação na cobertura de cuidado (aumento dos serviços que dialogam com a atenção em saúde mental), a orientação e formação de consciência para o uso de drogas e a remissão de danos sociais e à saúde. Tudo isso podendo ser realizado nos atendimentos no CAPS AD e na relação que este serviço estabelece com os demais serviços da rede.

Então, depois da RAPS, eu vejo uma humanização desse trabalho, em contato com esse público, entendeu? Uma oportunidade de oferecer a eles uma vida mais digna sem sofrimentos. Porque eles já sofrem pelo vício, pela dependência, pela patologia que tem; e aí sofrem pelo estigma, né? E sofrer, ser internado e ficar sofrendo horrores...quer dizer... tanto sofrimento, né? (Entrevista 1).

Ah, o avanço é isso, né, assim, os usuários que a gente tem aqui no CAPS cadastrado, eles têm uma cobertura importante de quase todos os serviços que o município oferece. Todos eles estão incluídos em algum lugar. E os que não estão, os próprios serviços conseguem identificar que aquele paciente tem uma questão com uma dependência de alguma substância e acessam a gente (Entrevista 7).

Ah, acho que muito positivos os avanços, entendeu? Eu trabalho em outro município também e a gente tem discutido essa questão de se trocar, se construir projetos terapêuticos singulares pra fora do serviço, né, como uma questão do sujeito como um todo, né, tudo o que ele precisa, tudo o que ele pode, tudo o que é de potência para ele, ser construído. Então eu acho que essa compreensão de que o sujeito não é um doente, e sim um ser humano que tem, como qualquer um de nós, possibilidades, né, tem melhorado e feito com que ele acesse o que ele tem de direito (Entrevista 9).

⁶³Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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).

É possível notar que a ideia da construção de uma rede de atenção psicossocial trouxe para os trabalhadores da área a esperança de um consolidado composto por serviços públicos que garantiriam o reconhecimento do usuário de drogas como um cidadão no exercício pleno da cidadania.

Esta esperança moveu e move muitos desses sujeitos que estão na luta pelo reconhecimento dos usuários de drogas e pelo exercício da sua profissão no CAPS AD ou na Coordenação de Saúde Mental na Baixada Fluminense. Não me espanta a desesperança quando atravessamos por momentos de ataque a RAPS e da intervenção aos usuários de drogas através da ameaça realizada pela conjuntura política que nos apresenta como medida de proteção o reconhecimento das comunidades terapêuticas e a facilidade de financiamento para as CTs.

E assim, de verdade eu acho que ela trouxe no papel... eu estava falando ontem... no papel é tudo, né... eu estava falando hoje do SUS, que é tão lindo no papel, né, as propostas como um todo. A proposta da RAPS como Atenção Psicossocial é muito boa, mas o que a gente vê é que atualmente a gente está sendo desmantelado, isso está sendo enfraquecido, né? Mas o CAPS AD eu acho que é o que vem pra tentar dar uma acolhida nessas pessoas e tentar minimizar. Essa professora no Fórum até falou que tem alguns casos que a gente só está adiando a morte. E ela fala: “Ah, esse adiar a morte não é que vai morrer mesmo e por isso”. Ela falou: “Não, é você tentar, dando o mínimo de cuidado, para que essa pessoa consiga se manter por mais tempo aqui”. Mas a gente está bastante desanimado com a atual política, né? (Entrevista 16).

A existência da RAPS sobre o modelo de atenção centrado no cuidado no território pautado na RD é algo recente e ainda requer um melhor amadurecimento no seu exercício na Baixada Fluminense, isso fica claro nas falas e na percepção sobre os serviços. No entanto, a proposta devastadora atual auxilia na dificuldade de se avançar neste modelo de atenção ou no fim do modelo de atenção que vem sendo construído e reconhecido pelos CAPS AD da Baixada. E isso é relatado em todas as entrevistas uma insegurança, um medo e um sentimento de que a qualquer momento esse trabalho pode ser bruscamente encerrado.

Outro ponto importante foi compreender quais eram as dificuldades e as perspectivas para a RAPS nos municípios e assim na Baixada Fluminense. As dificuldades giram em torno da insatisfação dos profissionais pela forma como a política de saúde mental na atenção aos usuários de drogas é vista nos municípios, pois é unânime a fala de um “total descaso”. É verbalizada de forma denunciante a ausência de recursos para a política saúde mental no que

tange ao melhoramento dos serviços, pagamento de pessoal, garantia de material para as oficinas e alimentação dos usuários.

É vexatório como a infraestrutura está abandonada, em todos os CAPS AD visitados não há um que esteja em conformidade para o funcionamento do serviço. As casas estão abandonadas e não proporcionam a ideia de um espaço acolhedor e terapêutico, na tentativa de cuidar da equipe temos balcões de madeira ou portas empenadas atravancando a passagem. Ou o CAPS AD funciona em espaço que não atende a lógica da atenção e sim a lógica ambulatorial, em salas não interligadas e não garantem sigilo nos atendimentos. Aliado aquele profissional nada gentil que faz a “triagem”, triagem em um espaço que se entende enquanto “portas abertas”.

Faltam recursos materiais básicos como: telefone, computador, porta nas salas, cadeiras, ar condicionado dentre outros. Assim como recursos humanos, pois todas as equipes funcionam com equipe mínima e alguns estão sem funcionário para limpeza.

Então, eu vejo essa questão da dificuldade por conta de manter... da gente não avançar... a equipe mínima me incomoda. Eu acho que tem que ter mais profissionais na atuação, né? Que eu acho que a gente conseguiria avançar muito mais, né? Eu acho que também mais capacitações, né? Essa exigência eu acho que precisa ser um pouco mais acirrada (Entrevista 5).

Olha, ô Juliana, eu acho que a atenção... não só atenção, é tudo, né, a parte financeira, investimento, o olhar mais para as nossas instituições. Porque está muito assim... se não acabou é porque nós... não sei... Mas mesmo assim as pessoas estão ali acreditando, trabalhando, cuidando, né, fazendo com que as pessoas tenham menos dores, assim, de sofrimento, mas não dá pra dar assistência a todos, né? Infelizmente não dá. Falta alguém que tenha um olhar que não seja político, mas que seja humano, que coloque tudo nos seus lugares, que valorize aquilo que está dando certo, né? (Entrevista 8)

Acho que hoje a porta de saída dos tratamentos. Por exemplo: o CAPS, o paciente aqui nosso, por exemplo. O paciente está legal, está bem, ele poderia estar no território fazendo outras coisas, entendeu? Mas não há um centro de convivência, entendeu? Outros espaços que não espaços de tratamento propriamente dito, entendeu? Mas de vida, espaços de vida. Acho que falta isso (Entrevista 9).

Outra expressão do descaso público para com a política de saúde mental é o uso político do CAPS AD sem a compreensão da importância do serviço para o município aliado a total incompreensão da proposta de intervenção no campo do álcool e outras drogas baseada na Política de Redução de Danos, pois apenas uma fala mostra que as gestões municipais não tratam o tema através da internação. Coadunando assim com os encaminhamentos do Governo Federal para a atenção através da abstinência, trabalho forçado e religiosidade nas

comunidades terapêuticas. A aproximação das ideias das prefeituras com o direcionamento dado pelo Governo Federal justifica a ausência da atenção necessária aos CAPS AD e aos demais serviços que compõem a RAPS, pois se o caminho legitimado pela gestão municipal propicia a financeirização das comunidades terapêuticas, para que fomentar o investimento nos CAPS AD?

Acho que os atravessamentos políticos, né? Essa coisa de higienização que foi o que aconteceu na UPA, né? “Tem que tirar, tem que limpar, não pode ficar esses caras aqui fazendo... esses ‘vagabundos’”. E aí você poder dizer que aquilo não é um “vagabundo”, que aquela é uma pessoa que perdeu o vínculo com a família. Eu acho que esses entraves são os piores, né? (Entrevista 10).

A politicagem, né? A política é uma coisa saudável. A politicagem. Porque ela precisa existir, a política. Mas se o olhar é: “Ali naquele lugar precisa-se de profissionais para aquele ponto para tratar daquelas pessoas. Vamos abrir um concurso? Vamos colocar pessoas capacitadas?” Porque a gente cria vínculo. Essa para mim é a maior dificuldade. Então eu acho que essa é a maior dificuldade. Esse olhar que as autoridades não estão tendo verdadeiramente para a saúde mental (Entrevista 13).

As dificuldades assinaladas se apresentam como os espinhos para percorrer na tentativa de se conseguir a atenção em rede para os usuários de álcool e outras drogas. No entanto, é notório que tais dificuldades não intimidam as equipes de saúde mental da Baixada Fluminense em manter o padrão de atenção calcado na RAPS, na RD e no fortalecimento desses sujeitos. As falas dos entrevistados e as visitas aos serviços mostram o quanto os profissionais se dedicam para conseguir uma atenção com qualidade e êxito, mesmo com todos os limites institucionais e profissionais. A máxima ainda é uma garra para lutar pela melhoria dos serviços e qualidade na atenção conforme sinalizado na Política do Ministério da Saúde para a atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e a Portaria 3588/2017.

Mas infelizmente o exercício na política não sobrevive apenas ao desejo e a vontade desses sujeitos, ainda é necessário que se avance na construção de uma política de saúde mental mais atenciosa as demandas dos usuários de álcool e outras drogas. E nisso os entrevistados estão bastante desacreditados aos pensarmos sobre as perspectivas da RAPS nos municípios. A fala da Entrevista 5 sintetiza o que a maioria dos entrevistados apresenta:

Olha, pra te ser muito sincera, eu não vejo avanço pela seguinte questão: pelo nosso retrocesso hoje na Saúde Mental como um todo em questões de governo. Governo, que eu digo, a presidência da república e outros afins que estão retrocedendo muitos avanços da Saúde Mental e aí eu acho que com

isso não vou ver avançar. Acho que não. Gostaria muito. Mas eu acho que por conta disso a gente não vai ter avanço não. Acho que isso vai ficar truncado aí, inclusive, porque já se queria e agora com certeza isso já está no rol aí, essa questão de misturar o cunho religioso com o tratamento da dependência química, que isso pra mim é inconcebível, sabe? E então eu acho que é uma luta de gigantes. Acho que são vários desafios que a gente vai ter além daqueles que a gente já tinha. E aí como, na minha visão, está retrocedendo muita coisa, é uma luta. Então eu não vejo avanço não (Entrevista 5).

Existe uma preocupação forte de onde os usuários serão atendidos se vier a nova orientação, aliada a como será a saída da atenção aos que sobreviverem com drogas. São preocupações pertinentes e que parte dos entrevistados mostra que é preciso pensar, mas também é preciso agir. Há uma desesperança diante da maneira como a política de saúde mental no campo do álcool e outras drogas seguiu nos últimos anos. Todavia há nas falas sinais de esperança a partir do exercício profissional nos CAPS AD, há relatos de que é preciso ser resistência para que os serviços não se fechem e sobretudo que após o caos já instaurado é necessário acreditar que sairemos mais fortalecidos. Através dos grupos de debate e fóruns em que o coletivo pode junto buscar saídas para o encaminhamento da RAPS. Logo, mesmo em meio aos retrocessos vivenciados esses sujeitos buscam um mirante de esperança para permanecer na luta cotidiana da atenção aos usuários de drogas.

Eu acho que o senso crítico está mudando muito e eu acho que a RAPS ganhou uma visibilidade muito maior. Ainda é uma coisa que as pessoas precisam conhecer mais, mas que ganhou uma visibilidade muito maior. Então ainda que alguns retrocessos aconteçam, eu acho que um desmantelamento, de um modo geral, generalizado, ele acaba ficando dificultado pela consolidação da rede. Eu acho que a rede já se consolidou tanto que hoje em dia acabam sendo pequenos desmontes e não se consegue fazer um grande desmonte. Então acho que isso faz com que a gente se uma mais e em cada momento de crise, ao invés da gente se abater, a gente cresça. Então essa é a minha visão otimista da coisa. Eu acho que a gente está passando por um momento muito crítico, só que eu acho que quando a gente é resistência dentro de um momento muito crítico, a gente tende a sair desse momento crítico um pouco mais fortalecido (Entrevista 15).

Com isso, as falas apresentam um mix de sentimentos e contradições proporcionadas pelo que está na RAPS e por vivenciar sucessos pela atenção realizada. Isto relacionado à compreensão da atual condução da atenção imposta pelo Governo Federal e a saída compulsória posta para a ordem do cuidado na atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política social como um campo dialético nos apresenta caminhos que podem sofrer mudanças diante do contexto social, econômico e político, o que não é diferente na política de saúde mental, álcool e outras drogas. Com isso, a escrita da presente tese se deu em um contexto conturbado para a condução das questões referentes ao campo do álcool e outras drogas e sobretudo para os trabalhadores da saúde mental.

Foi possível, nos capítulos 1 e 2 desta tese, apresentar de que modo a atenção aos usuários de álcool e outras drogas ganha força e espaço na política de saúde e passa a ocupar os princípios da atenção em rede a partir da rede temática RAPS. Esse caminho foi fundamental para o reconhecimento dos usuários de drogas como cidadão de direitos e para a compreensão da redução de danos (RD) como estratégia possível de atenção e cuidado em saúde mental. Todavia, disputas nesse campo possuem longa tradição, haja vista a tendência predominante de lidar com a questão pelo viés criminalizante.

O estudo sobre a atenção aos usuários de drogas na Baixada Fluminense através de uma rede de atenção psicossocial precisa estar atrelado ao longo processo de desinstitucionalização dos usuários da política de saúde mental, aliado a todo o trabalho realizado pela gestão da SESRJ, que mostrará a necessidade de uma melhor atenção em saúde mental na Baixada e assim do fortalecimento de ações que levem à construção de uma maior e melhor atenção psicossocial bem como a construção de redes de saúde mental nos municípios da Baixada Fluminense.

Diante disso, o estudo que ora se apresenta encontrou na pesquisa de campo pontos para análise acerca da RAPS na atenção aos usuários de álcool e outras. Cabe aqui pensarmos três pontos que atravessaram toda esta pesquisa, a saber: a RD como manejo da atenção aos usuários de drogas; o descaso público para com a política de saúde mental, álcool e outras drogas; e a busca pela efetivação da atenção em rede, através da implementação da RAPS.

A RD é um conceito que atravessou todo o trabalho aqui apresentado, desde a fundamentação teórica, como marco de uma nova tendência na questão da droga. Uma tendência ousada e progressista, sobretudo ao ser comparada com as ações de cunho repressivo e cerceadoras de liberdade predominantes anteriormente. A RD apresenta um marco no cuidado, pois mostra a necessidade e a possibilidade de reconhecimento dos usuários de drogas como sujeitos de direitos e coloca na política de saúde a responsabilidade

pelo cuidado em saúde desses sujeitos. Com isso inicia um trajeto de proteção social aos usuários de álcool e outras drogas, conforme apresentada na discussão sobre a constituição da RAPS na Baixada Fluminense, como uma outra possibilidade de cuidado na perspectiva da atenção psicossocial através do somatório de saberes, práticas e olhares calcados na estratégia de RD.

Outro ponto de relevância é o reconhecimento, por parte dos entrevistados, de que a RD na Baixada Fluminense chama o CAPS AD para o cuidado e o localiza para ordenar a RAPS, como campo assistencial potente e de primeiro contato com os usuários de álcool e outras drogas. Há relatos de que o CAPS AD seria a “porta de entrada” da atenção, afirmando a importância de um cuidado em rede intersetorial, capaz de transcender os pontos de atenção apresentados na RAPS e, assim, possibilitar um olhar integral sobre os sujeitos. Tal situação se apresenta ao olharmos a Tabela 7, a qual mostra a composição dos serviços nas RAPS da Baixada e ilustra que a atenção em rede vem sendo pensada a partir dos serviços demandados pelos usuários.

Um serviço como o CAPS AD é a ponta da atenção, aquele espaço que deve possibilitar experiências e práticas humanitárias e de proteção, as quais devem contribuir para a formação do cuidado nos demais pontos da rede de cuidado, em especial aos serviços que compõem a rede e estão em outras áreas da política social, tais como: a Assistência Social, a Cultura, a Educação, a Previdência Social dentre outros.

Com isso a pesquisa apresenta o reconhecimento por parte dos trabalhadores dos CAPS AD da RD como a estratégia de manejo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, por reconhecerem como caminho de atenção que se dá na valorização da vida, das escolhas e da proteção social na condução de um cuidado que leve a reduzir os danos sociais e à saúde desses sujeitos, negando formas repressivas e cerceadoras de direito como caminho de atenção. A RD na Baixada Fluminense ganha um espaço no cuidado que coloca os profissionais confortáveis na arena de debate sobre o tema e sobretudo na possibilidade de ofertas de atenção em saúde para a condução do Projeto Terapêutico Singular, bem como aproxima as equipes para a condução coletiva dessa atenção e leva a transpor muros para a disseminação desse conhecimento e cuidado.

A RD “extramuros” é um ponto importante ao se pensar a Baixada, pois, conforme apresentado na presente pesquisa, há um compromisso dos entrevistados com a ampliação da compreensão sobre a atenção aos usuários de drogas, possibilitando o acesso de muitos a um tema tabu na sociedade brasileira: os usos de drogas.

Esse compromisso dos trabalhadores da área possibilita, ainda: a universalidade do acesso, pois apresenta o cuidado na questão das drogas a outros sujeitos que ainda não tiveram acesso; a demarcação do lugar da política de saúde mental no trato da prevenção e disseminação de informações em saúde; e a promoção da incorporação de mais serviços à rede de cuidado, uma vez que esclarece aos profissionais a condução de uma atenção em rede de atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas,

A possibilidade de uma atenção extra-hospitalar é um caminho profícuo para a legitimação do cuidado em saúde e promove a atenção no território, no âmbito familiar e auxilia o reconhecimento do sujeito como protagonista do seu cuidado. Deslocando a ideia de cuidado como algo de responsabilidade das equipes de saúde.

Outro debate que ganhou destaque na pesquisa e na tese é o descaso público para com a política de saúde mental, álcool e outras drogas na Baixada Fluminense, marcado, em todos os municípios pesquisados, pela ausência de repasse de verba para a construção de uma atenção em saúde capaz de atender as normativas para a política de saúde mental, álcool e outras drogas. Nesse caso, os relatos mostram um desconhecimento das prefeituras sobre a relevância da política de saúde mental nos municípios da Baixada Fluminense, fazendo com que o desinteresse seja alarmante. O mesmo acontece com a pasta da saúde mental, cujo desinteresse mostra a invisibilidade posta a esta política e até mesmo ao trato estigmatizante sobre os usuários de álcool e outras drogas, o que irá reverberar no sucateamento dos serviços, representado pelo atraso dos pagamentos e ausência de formação continuada, como ocorre em todos os municípios aqui pesquisados.

O impacto do descaso público na Baixada Fluminense leva ao sucateamento dos serviços, e é notório desde o trato dos trabalhadores dos CAPS AD até a permanência nas dependências. A ausência de telefone, internet, profissionais de serviço geral, alimentação para os usuários, papel higiênico, mesa, cadeira, porta nas salas de atendimento, coordenação, materiais para as oficinas dentre outros são marcas desse descaso e se apresenta em todos os CAPS AD visitados, uns mais outros menos, mas todos apresentam problemas estruturais que prejudicam a condução do cuidado. Tais problemas afetam diretamente a construção de uma atenção sólida e respeitosa para os sujeitos e destacam um descaso na atenção à questão da droga, pois recolocam os sujeitos em um lugar menor, do qual a política de saúde mental, através do CAPS AD, visa retirar esse usuário de drogas, construindo seu protagonismo e cuidado integral por meio da atenção em rede.

O atraso do pagamento é algo de profunda delicadeza no trato das equipes que atuam na Baixada Fluminense, pois denota o desrespeito com esses trabalhadores e os coloca em um lugar de submissão prejudicial à construção e ao exercício de um processo de trabalho. A luta pela construção do trabalho em rede requer incentivo para que esses sujeitos consigam seguir o seu fazer profissional. No entanto, a pesquisa de campo nos apresentou uma falta de zelo, descaso e cuidado para com os trabalhadores, pois, em alguns municípios, trabalhadores estavam há três meses sem pagamentos e outros era a primeira vez em 6 meses que recebiam o pagamento em dia.

A ausência de formação continuada para os profissionais da área, na Baixada, sobre os temas que circunscrevem a prática no âmbito da RAPS na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, assim como o não fortalecimento do saber para a construção de equipes com discursos mais coesos sobre a atenção no campo das drogas é uma marca na Baixada Fluminense, pois a pesquisa mostra um total descaso da gestão municipal no trato da temática formação para as equipes.

Nesse contexto, cabe aos trabalhadores unir forças para se aproximar do debate e/ou levá-lo para o município por meio das experiências e formação individual, utilizando o espaço da supervisão para troca de saberes. Cabe pontuar que a não oferta de formação também esbarra na não oferta de condições para o exercício formativo, como não liberação para cursos, seminários e congresso, ausência de espaço adequado, computadores, salas, internet dentre outros.

A compreensão da RD como manejo clínico na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e o descaso público no trato da política de saúde mental são pontos relevantes para pensar, também, a efetivação da atenção em rede através da formulação e implementação da RAPS na Baixada Fluminense. Foi possível compreender que a RAPS na região é composta por redes de atenção construídas e implementadas a partir de cada município. Essas redes são compostas por serviços diferenciados, uma vez que cada uma é formada sob a lógica dos CAPS AD e a partir da demanda dos usuários de álcool e outras drogas. Logo, observa-se na Baixada a formação de redes de atenção psicossocial a partir da realidade de cada município e demanda de cada usuário de álcool e outras drogas.

A implementação da RAPS na Baixada Fluminense vem sofrendo ataques diante da atual proposta governamental de atenção aos usuários de drogas, que traz para o campo de ação a internação como saída primeira de intervenção. Com isso, a atenção em rede vem sendo pensada e repensada pelos trabalhadores e gestores da saúde mental na tentativa de

fortalecer a RAPS e as equipes, para que o cuidado em rede seja o caminho de atenção, com a compreensão de que tal cuidado se destaca pela valorização da vida e o reconhecimento dos usuários de drogas como sujeitos de plenos direitos.

A RAPS, a partir da Resolução nº 32 e a instituição da Portaria 3588/2017, convoca as Comunidades Terapêuticas para o (des)cuidado e apresenta para a RAPS da Baixada Fluminense um caminho sem volta para a internação, abstinência total e trato religioso, pois estima-se a existências de 45 CTs⁶⁴ só na Baixada. Diante disso, é fundamental que a política de saúde mental, álcool e outras drogas seja tema nos municípios na tentativa de se apresentar a relevância dessa política e atingir diversos setores e profissionais para a compreensão sobre quem é o usuário de drogas, bem como a importância da RD e da atenção através da RAPS. É preciso aumentar o debate sobre a questão das drogas, mas ainda é necessário que seja ampliado o acesso à informação para além dos trabalhadores da política de saúde mental.

No entanto, desde 2017 vivemos diversos ataques à Política de Saúde Mental, levando ao surgimento de uma “Nova Política de Saúde Mental” e a Portaria 3588/2017 atravessada por mudanças na RAPS e direcionando o financiamento e o fomento para as Comunidades Terapêuticas, aceitas como serviço primeiro para o cuidado dos usuários de álcool e outras drogas. Nota-se uma profunda aproximação com o retorno das ideias de abstinência total e hospitalização de usuários de álcool e outras drogas, aliadas a um desmonte das políticas sociais que compõem a atenção em rede a esses sujeitos.

O retrocesso no campo da política social atrapalha a construção de uma rede sólida que atenda aos usuários de álcool e outras drogas. Assim como é a condenação desse sujeito ao não direito e ao retorno do trato desrespeitoso, repressivo e hospitalar. Com isso, assistimos a um desmonte da atenção aos usuários de drogas e ao reconhecimento de prerrogativas desumanas, estigmatizantes e cerceadoras de liberdade para se pensar a atenção a esses sujeitos.

⁶⁴ Entrevista 13.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. DE A. **A evolução urbana do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: IPP, 2013.

ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? In: ALEMEIDA, A. R. B. et al. (Org.), **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.

_____. Panorama atual da política de drogas no Brasil: a redução de danos. In: SOUZA, A. C. et al. (Org.). **Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuário de drogas no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016.

_____. Reflexões sobre a política de drogas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232011001300015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 ago. 2019.

ANDRADE, E. R. **Nos limites do possível: uma experiência político-pedagógica na Baixada Fluminense**. 1993. 115f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Instituto de Estudos Avançados em Educação, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1993.

AGUIAR, A. L. V. **Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação: estudos as práticas e eficiências terapêuticas em uma comunidade terapêutica religiosa**. 2014. 159f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

ALARCON, S. **O diagrama das drogas: cartografia das drogas como dispositivo de poder na sociedade brasileira contemporânea**. 2008. 331f. Tese (Doutorado em Ciências na área da saúde pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

ARRETCHE, M. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagem, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 out. 2019.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Introdução. In: BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. **Caminhos para a análise das políticas de saúde**, 2011. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2019.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise**

das políticas de saúde, 2011. p.52-91. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 19 set. 2019.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis**, 2017, vol.27, n.4, pp.1003-1022, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-73312017000401003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 nov.2019

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. p. 229.

BARRETO, A. S.; Cartografia **política**: as faces e fases da política na Baixada Fluminense. 2006. 392f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

BASTOS, F. I. P. M.; BERTONI, N. (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT, 2014.

_____. et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. R. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise de políticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ENSP/EPSJV, 2011. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 10 set. 2019.

BASTOS, V. P. O fim do lixão de Gramacho: além do risco ambiental. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro ano 18, n. 33, 2015. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_33_10_Bastos.pdf> Acesso em: 26 nov. 2019.

BERGERON, H. **Sociologia da droga**. São Paulo: Ed ideias & letras, 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. **Legislação sobre entorpecentes no Brasil**. Brasília, 1992. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/publicacoes/Livros/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20sobre%20Drogas%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 10 nov.2019.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. **Política Nacional da Questão das Drogas**. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/publicacoes/Livros/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20sobre%20Drogas%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001a. Disponível em: <www.bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2001b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNAD_VersaoFinal.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 10 nov.2019

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028**, de 1º de julho de 2005a. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

_____. Ministério da Justiça. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília, 2005b. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/publicacoes/Livros/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20sobre%20Drogas%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2008.

_____. SENAD: Secretaria Nacional Antidrogas. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília 2009. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/relatorios-politicas-sobre-drogas/relatoriobrasileirosobredrogas-2010.pdf>>. Acesso em: 10 nov.2019

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 23 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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 de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único Saúde. Brasília, 2011a. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1600**, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt160007072011.html>>. Acesso em: 23 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.090**, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivos de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília, 2011c. Disponível em: <www.tjsc.jus.br>. Acesso em: set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 23 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011e.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793**, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 23 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 10 nov. 2019

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874**, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 23 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 252**, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Revogada pela PRT GM/MS nº 483 de 01/04/2014). Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso em: 23 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: dez.2019

_____. Ministério da Saúde. E-gestão Atenção Básica, relatórios públicos. Brasília, 2019. (Banco de dados). Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 27 nov. 2019.

BRASÍLIA. **Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>> Acesso em: 25 jun. 2019.

BRAZ, A. A.; ALMEIDA, T. M. A. DE. **De Meriti á Duque de caxias**: encontro com a história da cidade. Duque de Caxias: APPH-CLIO, 2010.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 249-259, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 out. 2019.

BROTTO, M. E. **Assistência Social** – História e cultura política. Rio de Janeiro. Editora Reflexão, 2015.

CAPRA, F. **As conexões ocultas**. São Paulo: Ed. Cultrix, 2002.

CAPELLA, A. C. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. **BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, n. 41, p. 25-52, 2006.

CARNEIRO, H. As drogas: objeto da nova história. **Revista USP**, São Paulo, 1994. Disponível em: <www.revista.usp.br>. Acesso em: 02 out. 2017.

_____. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, São Paulo, v. 6, p.115-128, 2002. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_hen2.pdf>. Acesso em: 02 out. 2017.

_____. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005.

_____. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. In: LABATE, B.C. et.al. (Org.). **Drogas e Cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

CISBAF. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense. [**Sem Título**]. Disponível em: <http://www.cisbaf.org.br/pagina/115_Quem-Somos.html>. Acesso em: 26 nov. 2019.

COSTA, P. H. A.; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M.; As Redes de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas: histórico, políticas e pressupostos. In: RONZANI, T. M. et.al. **Redes de Atenção aos Usuários de Drogas**: políticas e práticas. São Paulo: Cortez, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

CUNHA, E. M. **Regra e realidade na constituição do SUS municipal**: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias. 2001. 144f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

CONAD.CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS. **Resolução nº 5**, de 4 de novembro de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 2004. Seção 1. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2010/iels.jan.10/iels16/U_RS-CONAD-1_250110.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

COE, N. M.; DUARTE, M. J. O. A Construção da Atenção Psicossocial na Política Pública de Saúde Mental no Brasil: Rupturas, Tessituras e Capturas. In: DUARTE, M. J. O.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. S. **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Rio de Janeiro: Papel Social, 2017.

DIEGUEZ, R. C. **Autonomia, accountability e coesão interna**: uma análise político-institucional de consórcios intermunicipais. 2011. 210f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Departamento de Sociologia e Política, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

DAMAS, F. B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista Saúde Pública**, Santa Catarina, v. 6, n. 1, 2013.

DE LEON, G. (Org.). **A comunidade terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2009.

DUARTE, M.J.O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.18, n.2, p.227-243, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18604>>. Acesso em: dez, 2019.

ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. Madrid: Editorial Espassa Calpe, 2004.

FARIA, C. A. P. Ideias, conhecimentos e políticas públicas.: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **RBCS**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, 2003.

FERNANDES, J. C.; RIBEIRO, C. S. Saúde Mental e Serviço Social: entre campo e núcleo. In: ROSA, L. (Org.). **Atenção Psicossocial e Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2016.

FLEURY, S. Redes de Política: novos desafios para a gestão pública. **Administração em Diálogo**. São Paulo, n. 7, 2005, p. 77-89. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br>>. Acesso em: 22 de abril de 2017.

FIGUERÊDO. M. A. Gênese e (re)produção do espaço da Baixada Fluminense. Revista geopaisagem. **Latintex**, Rio de Janeiro, n. 5, 2004. Disponível em: <<http://www.feth.ggf.br/baixada.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2019.

FIORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005.

_____. Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre o uso de “drogas”. In: LABATE, B.C. et.al. (Org.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FLEXOR, G.; LEITE, S. P. **Análise de Políticas Públicas: breves considerações teórico-metodológicas. Avaliando a gestão das políticas agrícolas no Brasil: uma ênfase no papel dos policy-makers**”. 2006. (Relatório Final de Pesquisa).

FLEURY, S. Redes de Política: novos desafios para a gestão pública. **Administração em Diálogo**. São Paulo, nº7, 2005, pp.77-89. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br>> Acesso em: 22 abr. 2017.

FONSECA, E. M.; BASTOS, F. I. P. M. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: comparando as experiências americana, britânica, brasileira. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do Prazer: drogas, aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FONTES, V. Prefácio. In: SOUZA, M. S. DE; **Escavando o passado da cidade: história política da cidade de Duque de Caxias**. Duque de Caxias: APPH-CLIO, 2014.

GIDDENS, A. **A Transformação da Intimidade: Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas**. São Paulo: UNESP, 1993.

GOMES, B. R. **O uso ritual da ayahuasca na atenção à população em situação de rua**. Salvador: EDUFBA, 2016. Disponível em: <www.edufba.ufba.br>. Acesso em: 15 nov. 2017.

GOMES, R. M. **Comunidade terapêutica e (re)educação**. São Paulo: Segurança Urbana Juventude. 2010.

GOMES, T. M. S. Reflexões sobre o Processo de Implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Brasil Neoliberal. In: In: DUARTE, M. J. O.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. S. **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Rio de Janeiro: Papel Social, 2017.

GOMES, G. M.; MAC DOWELL, M. C. **Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social**. Texto para discussão n.º 706, Brasília: IPEA, 2000

GUIMARÃES, T.A.A.; ROSA, L.C.S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010 – 2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**. Rio de Janeiro, nº 44. Disponível em: < http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf >. Acesso em: dez.2019

IPEA.INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLIADA (IPEA). **Nota técnica- Perfil das comunidades terapêuticas**. 2017. Nº21. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2017.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: 28 nov. 2019. (1 CD-ROM).

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. São Paulo. v.15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500006&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 22 nov. 2019.

LIMA, R. C. C. **Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional**: relações Brasil Estados Unidos e os organismos internacionais. 2009. 336f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

_____. Comunidades Terapêuticas e a saúde mental no Brasil: um encontro possível? In: VIEIRA, L. L. F.; RIOS, L. F.; QUEIROZ, T. N. D. E. (Org.). **A problemática das drogas contextos e dispositivos de enfrentamento**. Pernambuco: Editora UFPE, 2016.

LIMA, R. C. C.; ALARCON, S. Prolematizações a partir da caracterização dos usuários de álcool e outras drogas na 1ª Clínica Popular do Estado do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 11., 2004, ENCONTRO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL E SEGURIDADE SOCIAL, 3., 2004, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: 2004. (1 CD-ROM).

_____. CARRILHO, L. K. S.; TAVARES, P. S. P. B. Políticas sociais sobre crack no Rio de Janeiro. In: ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 8., 2013, Espírito Santo. **Anais...** Espírito Santo, 2013.

LINDNER, L.; SIQUEIRA, D. Redução de Danos: como foi? O que é possível? O que é preciso? In: SOUZA, A.C.DE, SOUZA, L. F., SOUZA, EÇ O. DE., ABRAHÃO, A. L. (Orgs.). *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuário de drogas no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016.

LOTTA, G. Burocracia, redes sociais e interação: uma análise da implementação de políticas públicas. **Rev. Sociol. Polit.**, v. 26, n. 66, p. 145-173, jun. 2018.

MARTELETO, R. M.; SILVA, A. B. O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ci. Inf**, Brasília, 2004, v. 33, n. 3, p. 41-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-19652004000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2019.

MAZMANIAN, D. A.; SABATIER, P. A. **Implementation and Public Policy**. Glenview: Scott Foresman, 1983.

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. *Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007>. Acesso em: 12 set. 2019.

MACHADO, A. R. **Uso Prejudicial e Dependência de Álcool e outras Drogas na Agenda da Saúde Pública**: Um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. 126f. Dissertação (Mestrado em

Saúde Pública) – Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade de Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2019.

MACRAE, E. A elaboração das políticas públicas brasileiras em relação ao uso religioso da ayahuasca. In: LABATE, B. C. et. al. (Org.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

_____. A importância dos fatores socioculturais na determinação da política oficial sobre o uso ritual da ayahuasca. In: ZALUAR, A. (Org.). **Droga e Cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

_____. **Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná, estudo de caso**. Lima, Organización Panamericana de la Salud, 2009. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: abril de 2017

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MINAYO, M. C. S (Org.). **Pesquisa Social- teoria, método e criatividade**. São Paulo: Ed Vozes, 2012.

MINAYO, M. C. S. Sobre a toxicomania da sociedade. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (Org.). **Drogas e pós-modernidade: em faces de um tema proscrito**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. Disponível em: <<https://www.eduerj.uerj.br>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

MOTA, D. B. et. al. Construindo a continuidade do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: alguns conceitos e questões para o trabalho em rede no Brasil. In: RONZANI, T. M. et.al. **Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. de. (Org.). A Intersetorialidade na agenda das políticas sociais. Campinas: Papel Social, 2014. (p. 41-54).

MUSUMESCI, B. O consumo de álcool no país. In: ZALUAR, A. (Org.) **Drogas e cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

NICODEMOS, J. C.; ELIA, L. Análise crítica das políticas públicas brasileiras de saúde mental em uma perspectiva histórica. In: SOUZA, A. C. et. al. (Orgs.). **Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuário de drogas no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016.

OLMO, R. D. **A face oculta das drogas**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1990.

MACHADO, A. R. **Uso Prejudicial e Dependência de Álcool e outras Drogas na Agenda da Saúde Pública:** Um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. 126f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade de Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

OLIVEIRA, R. M. Cidade dos Meninos, Duque de Caxias, RJ, the timeline on environmental contamination and human. 2008. 476f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2008.

OUPERNEY, A. M. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 42, p. 12-22, 2008. Disponível em: <<http://brasil.bvs.br/>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

PARADA, R. **Sistema Estadual de Saúde. Descentralização e Relações**

Intergovernamentais: Um Estudo sobre o Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

PLASTINO, C. A. Dependência, subjetividade e narcisismo na sociedade contemporânea. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE TOXICOMANIAS, 2000. Rio de Janeiro.

Anais... Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://cursos.ead.pucrs.br/Biblioteca/Psicologiaorg/2004/praticas_psicologia_organizacoes/html/aula1hiper/Rubedo%20-%20Artigos%20-%20DEPEND%20CANCAIA,%20SUBJETIVIDADE%20E%20NARCISIMO%20MA%20SOCIEDADE%20CONTEMPOR%20C2NEA%20por%20Carlos%20Alberto%20Plastino.htm>. Acesso em: 15 nov. 2019.

PEREIRA, S. L. B.; MAIA, J. B. D. Avanços e Desafios para Implementação da Rede de Atenção Psicossocial em um Município de Médio Porte. **Rev. FSA**, Teresina, v. 15, n. 4, 2018. Disponível em: <www4.fsanet.com.br/revista> Acesso em: 28 nov. 2019.

PEREIRA, R. A. S. A.; OLIVEIRA, A. M.; COSTA, R. A. (Des) Institucionalização. In: PASSOS, R. G.; COSTA, R. A.; SILVA, F. G. **Saúde Mental e os Desafios Atuais da Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Grammar, 2017.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A.; LIMA, N. T. Na Baixada Fluminense, à sombra da ‘Esfinge do Rio’: lutas populares e políticas de saúde na alvorada do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1849-1858, jun. 2018.

PITTA, A.M.F.; GULJOR, A.P. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**, Salvador, n. 246, 2019. Disponível em: <<https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/525>>. Acesso em: dez, 2019

POIARES, C. A. Contribuição para uma análise histórica da droga. **Revista Toxicodependências**, São Paulo, n. 1, 1999. Disponível em: <http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/293/artigo%201_1999.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

PRUDENCIO, J. D. L. Caminhos e tropeços na atenção aos usuários de álcool, crack e outras drogas: breve considerações sobre o cuidado e a internação compulsória. In: PASSOS, R. G.; COSTA, R. A.; SILVA, F. G. **Saúde Mental e os Desafios Atuais da Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Grammar. 2017.

_____.; SENNA, M. C. M. Retrocessos na atenção a usuários de álcool e outras drogas. **Argumentum**, Vitória, v. 10, p. 79-93, 2018.

ROSA, L.C.S. Panorama geral do Serviço Social na saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica/ atenção psicossocial. In: ROSA, L. (Org.) **Atenção Psicossocial e Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2016.

REGINATO, A. D. A. Regulamentação de uso de substância psicoativas para uso religioso: o caso da ayahuasca. **Revista Tomo** – Revista do Programa de Pós-Graduação de Sociologia- Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, n. 17, 2010 jun-dez. Disponível em: <<https://seer.ufs.br>>. Acesso em: 03 out. 2017.

RIO DE JANEIRO. **Decreto nº 46.314 de 02 de agosto de 2019**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/58937DECRETO%20RIO%2046314_2019.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2019.

ROCHA, A. S. Algumas considerações sobre espaço e representação: subsídios para uma análise geográfica. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO, 1., 2010, Rio Claro. **Anais...** Rio Claro: UNESP, 2010. (p. 427-447).

RODRIGUES, T. Tráfico, guerra, proibição. In: LABATE, B. C. et. al. (Org.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

ROSA, P. O. **Drogas e a governabilidade neoliberal: uma genealogia da redução de danos**. Florianópolis: Editora insular, 2014.

SÁAD, A. C. Tratamento para a dependência de drogas: uma revisão das histórias e dos modelos. In: CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. (Org.). **Álcool e drogas – uso, dependência e tratamentos**. Rio de Janeiro: IPUC-CUCA, 2001.

SEBRAE. Painel regional: Baixada Fluminense I e II. **Observatório Sebrae**, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/RJ/Anexos/SebraePainel_BaixadaFluminense.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019.

SEQUEIRA, J. P. **As origens psicológicas da toxicomania**. Lisboa: Climepsi. 2006.

SILVA, M. A. B.; ABRAÃO, A. L. Políticas Públicas para Atenção Integral a Saúde dos usuários de álcool e outras drogas na Saúde Mental do Brasil: revisão de literatura. **Diversitates International Journal**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2016.

SILVA, L. H. P. De Recôncavo da Guanabara a Baixada Fluminense: leitura de um território pela história. **Recôncavo Revista de História da UNIABEU**, v. 3, p. 47-63, 2013

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. In: PAINEL ESTADO DEMOCRÁTICO E GOVERNANÇA NO SÉCULO XXI: REFORMANDO A REFORMA, 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo: UNICAMP, 2000.

SOUZA, M. S. Introdução. In: SOUZA, M. S. **Escavando o passado da cidade: história política da cidade de Duque de Caxias**. Duque de Caxias: APPH-CLIO, 2014

TAVARES, R. B. **As várias Mesquitas de Várias Baixadas: vitalidade e desigualdade no território fluminense**. 2007. 143f. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional) – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, 2007

TEIXEIRA, M. B. et. al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501455&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 set. 2019.

TORCATO, C. E. M. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. 2016. 371f. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade De São Paulo, São Paulo, 2016.

TOZATI, L. P. **Avaliação dos transtornos depressivos, percepção de apoio social e adesão ao tratamento de dependentes químicos**. 2015. 171f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Franca, 2015.

VARGAS, E. V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: ZALUAR, A. (Org.). **Droga e Cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

VELHO, G. a dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In: ZALUAR, A. (Org.). **Droga e Cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

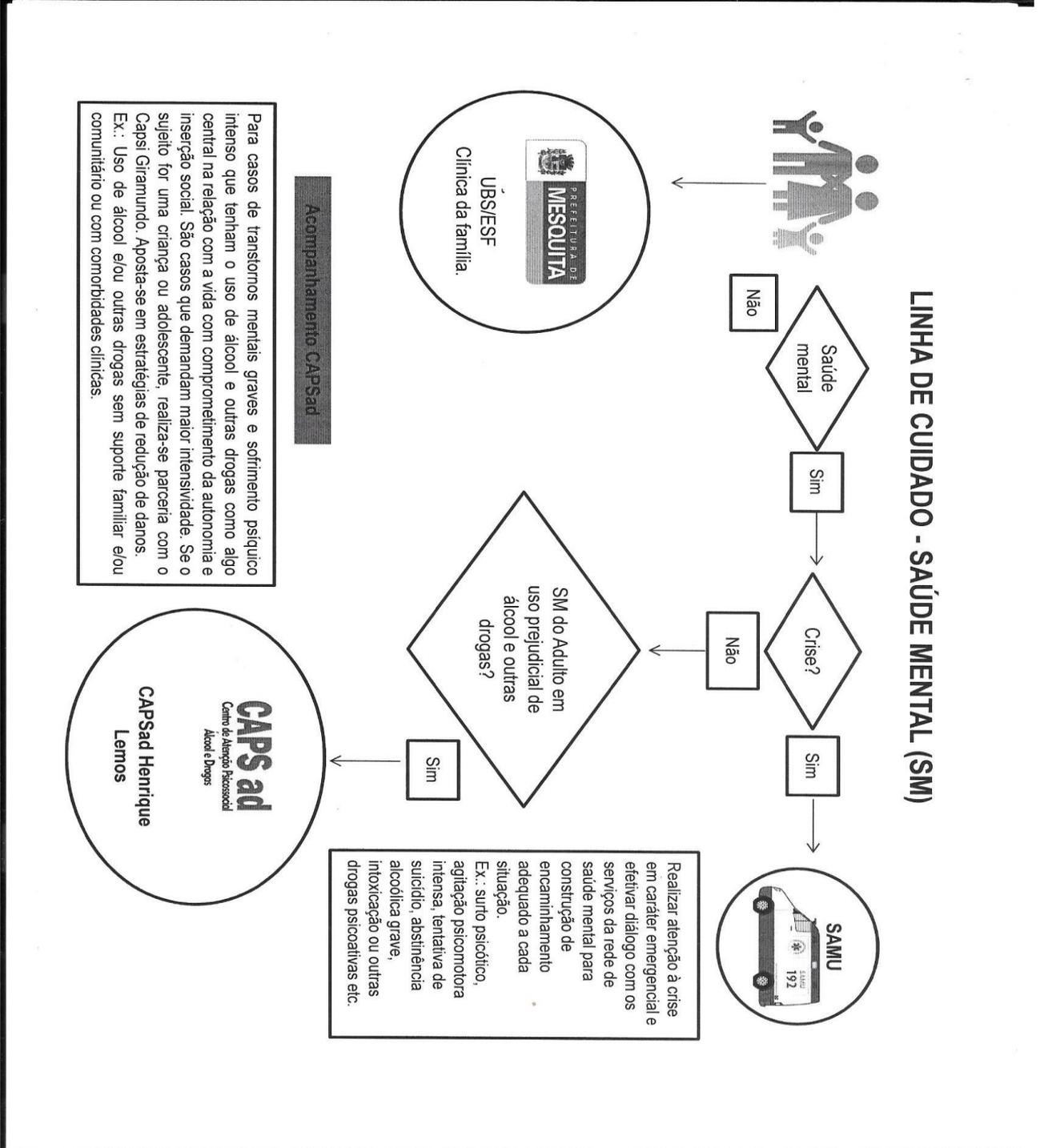
VIANA, A. L. D'A. et. al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1791.pdf>>. Acesso em: nov.2019

VIANA, A. L. A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2012

ZANCAN, L., MAGALHÃES, R., SOUZA, R. G. Atores Sociais na formulação do programa especial de saúde da Baixada. In: BODSTEIN, R. (Org.). **Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1993 (p. 41-62).

ANEXOS

ANEXO A – LINHA DE CUIDADO



Fonte: Prefeitura de Mesquita

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA 1: FORMULAÇÃO DA RAPS NA BAIXADA

- 1- Em qual período você esteve na gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro?
- 2- Quando você chegou na gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, como era ou o que você tem de memória sobre a rede de saúde na Baixada Fluminense?
- 3- O que foi feito na sua gestão? Houve alguma estratégia para pensar a rede de saúde na Baixada Fluminense?
- 4- O que você poderia me contar sobre a estruturação da rede de saúde mental na Baixada Fluminense?
- 5- Em algum momento houve um tipo de atenção às pessoas que usassem drogas nocivas na Baixada Fluminense?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS 2: GESTORES/PROFISSIONAIS

I. IDENTIFICAÇÃO

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Cor de pele:
5. Vínculo religioso
6. Profissão:
7. Instituição:
8. Cargo:
9. Tempo de atuação no cargo:
10. Tempo na instituição:
11. Tempo de atuação no município:
12. Formação profissional (incluir pós-graduação lato e stricto senso e tempo de formação na graduação):
13. Experiência profissional anterior:

14. Vínculo empregatício:

15. Faixa salarial:

1 salário mínimo

2 a 3 salários mínimos

3 a 6 salários mínimos

Acima de 6 salários mínimos

16. Em relação a sua atuação profissional, qual é o seu papel no âmbito da RAPS?

II. CONCEPÇÕES SOBRE A RAPS

1. Qual é a sua percepção sobre a política de saúde mental na atenção ao usuário de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro?
2. O que você entende por rede? E por RAPS?
3. Em sua concepção, o que a RAPS trouxe para o campo da atenção ao usuário de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro?
4. Qual é a sua concepção sobre o conceito de drogas?
5. Como você vê o usuário de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro?
6. Que princípios, em sua opinião, devem orientar a RAPS (integralidade, acolhimento, vínculo, inclusão social etc.)? O que você entende por cada um desses princípios?
7. Em sua opinião, qual é a compreensão dos profissionais que atuam na RAPS sobre os conceitos de droga e rede na Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro?
8. Como você vê a maneira com que o poder público intervém na política de saúde e saúde mental com ênfase no fenômeno do uso prejudicial de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro?

III. SOBRE O FUNCIONAMENTO DA RAPS EM SEU MUNICÍPIO

1. Que serviços e instituições compõem a RAPS no município?
2. E no campo específico do atendimento ao usuário de álcool e outras drogas?
3. Como funciona essa rede? Existe algum protocolo instituído?
4. Qual é a porta de entrada para essa rede? Existe algum mecanismo para o acesso a essa porta de entrada? Qual? Como funciona?

5. Como se dá o acesso dos usuários aos outros serviços da rede? Que mecanismos existem para garantir esse acesso?
6. Que profissionais atuam na rede?
7. Que ações, programas e projetos são desenvolvidos para a atenção ao usuário de álcool e drogas no município?
8. Que serviço é responsável por coordenar a RAPS no município? Como é feita essa coordenação?
9. Em sua opinião, qual é a direção dada ao manejo dos casos com usos nocivos de álcool e outras drogas na RAPS?
10. No manejo dos casos de usuários nocivos de álcool e outras drogas, que outras políticas sociais e instituições são mais procuradas por vocês?
11. Os profissionais recebem algum tipo de capacitação? Em caso positivo, que tipo de capacitação é essa? Quem promove? Qual é a periodicidade?
12. Existem reuniões entre os serviços que compõem a RAPS? Em caso positivo, com que frequência? Quem participa? Quais os objetivos dessas reuniões?
13. Como se dá o controle social e a participação dos movimentos sociais nos assuntos relacionados à política de saúde mental em seu serviço? E no seu município?
14. Existe algum tipo de integração da RAPS de sua cidade com outros municípios da Baixada Fluminense? Se sim, como se dá essa integração? E em relação aos demais municípios da região metropolitana I?
15. Você observa diferenças entre os municípios na condução da RAPS na Baixada Fluminense? Se sim, que diferenças são essas e como elas afetam a RAPS?
16. Quais os principais avanços observados na atenção ao usuário de álcool e outras drogas após a constituição da RAPS?
17. Quais as principais dificuldades que você identifica no funcionamento da RAPS em seu município?
18. Que perspectivas você identifica para a RAPS em seu município nos próximos anos? Justifique.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA 3: PESQUISA EXPLORATÓRIA INICIAL

1. O que você poderia me constar sobre a estruturação da rede de saúde na Baixada Fluminense?
2. Em algum momento houve um tipo de atenção as pessoas que usassem drogas nocivas / prejudiciais?
3. Que pessoas participaram deste processo?