



8º Encontro Internacional de Política Social 15º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Questão social, violência e segurança pública:
desafios e perspectivas

Vitória (ES, Brasil), 16 a 19 de novembro de 2020

Mesa coordenada Usos de drogas como objeto transnacional de políticas de saúde.

A redução de danos na Baixada Fluminense do Rio de Janeiro

Juliana Desiderio Lobo Prudencio¹

Resumo: O presente trabalho apresenta reflexões acerca da estratégia de Redução de Danos (RD) na Baixada Fluminense do Estado do RJ. A pesquisa se deu através dos principais procedimentos metodológicos: revisão de literatura, levantamento documental e a realização de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave; os quais foram fundamentais para o acesso a informações jamais publicadas sobre o tema. Os resultados apresentados mostram que a estratégia de RD entra na Baixada através de sujeitos que acreditavam na RD como atenção em saúde e se afirma através de práticas cotidianas junto a usuários de álcool e outras drogas na atenção de redes de atenção psicossocial por profissionais da Política de Saúde Mental nos municípios da Baixada Fluminense.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental; Drogas; Rede de Atenção Psicossocial.

Abstract: The present work presents reflections about the Damage Reduction (RD) strategy in the Baixada Fluminense of the State of RJ. The research took place through the main methodological procedures: literature review, documentary survey and semi-structured interviews with key informants; which were fundamental for accessing information never published on the topic. The results presented show that the DR strategy enters the Baixada through subjects who believed in DR as health care and affirms itself through daily practices with users of alcohol and other drugs in the attention of psychosocial care networks by professionals in the Health Policy. Mental Health in the municipalities of Baixada Fluminense.

Keywords: Mental Health Policy; Drugs; Psychosocial Care Network.

1 Introdução

O presente trabalho compõe parte das reflexões que serão pautadas na mesa coordenada “Usos de drogas como objeto transnacional de política de saúde” e tem como objetivo apresentar algumas reflexões acerca da estratégia de Redução de Danos (RD) na Baixada Fluminense. Partimos da discussão sobre como esta estratégia ganha espaço no Brasil e no estado do Rio Janeiro a partir das análises sobre a Baixada Fluminense. O debate que circunscreve a RD está ancorado no reconhecimento da importância dos seus efeitos na redução da contaminação pelo HIV, que se colocou no caminho dos usuários de drogas por meio das trocas de seringas entre usuários de drogas injetáveis.

A RD passa a ser entendida como estratégia em saúde a partir do reconhecimento de que suas ações auxiliam na redução de riscos sociais e à saúde e passa a ser considerada o lócus da atenção, uma vez que a repressão ao traficante e

¹ Assistente Social e Doutora em Política Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF – Niterói). Professora Adjunta da Universidade Federal Fluminense (UFF – Campos) no departamento de Serviço Social.

usuários de drogas, bem como a “guerra às drogas”, não representam medidas de cuidado em saúde pública.

A Baixada Fluminense é escolhida como território de análise devido a minha aproximação como Assistente Social e pesquisadora na Baixada, aliado ao fato de que pouco se fala sobre esse território diverso e plural, marcado pela desigualdade social e pelos desmandos políticos. Pensar a RD na Baixada é apresentar como a diversidade territorial marca diversas maneiras de compreender o exercício cotidiano da estratégia em RD e a Rede de Atenção Psicossocial, a partir de uma resistência dos trabalhadores de saúde mental aos retrocessos na política de saúde mental, os quais colocam como centro da atenção em saúde o isolamento e a internação de usuários de drogas.

Para desenvolver o estudo, foi escolhida a pesquisa qualitativa, por meio da análise de conteúdo, utilizando como procedimentos metodológicos: revisão de literatura, levantamento documental e realização de entrevistas semiestruturadas com 19 informantes-chave. O trabalho apresenta informações inéditas e de grande importância para o campo da política social, política de saúde mental, Redução de Danos e para o território da Baixada Fluminense.

2-Caminhos da estratégia de Redução de Danos sociais e à saúde

O conceito de Redução de Danos (RD) no Brasil passa a ser incorporado na Política de Saúde Mental no final dos anos 1980, período marcado por uma forte 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”. Inicialmente, segundo os autores, se teve a ideia de isolar os “grupos de risco”, mas, posteriormente, se percebeu que o problema não estava apenas entre esses, logo, o “isolamento do convívio social” não seria o caminho de atenção em saúde. Assim, Machado e Boarini (2013) entenderam que o cuidado precisava perpassar a noção da existência de um “comportamento de risco”, ou seja, a compreensão de que certos comportamentos possibilitariam uma maior exposição à contaminação pelo HIV. Com isso, observa-se uma ampliação do cuidado, sem segregar grupos específicos, e a identificação do real foco do problema.

As estratégias pensadas para intervir diretamente na epidemia foram: o controle do banco de sangue; a disseminação de informações sobre o risco e o comportamento de risco; orientações sobre o uso de preservativos internos e externos, sexo seguro;

testagem sanguínea e a troca de seringas e agulhas, ação voltada para os usuários de drogas injetáveis, como medida de prevenção e redução no número de contágio e disseminação também de hepatites.

A RD, segundo Andrade (2004), avança no Brasil a partir de 1989 e apresenta-se como caminho de cuidado para a remissão dos danos sociais e à saúde dos usuários de drogas. Nesse sentido, pode ser entendida, também, como um marco na defesa da vida, na tentativa de promoção da saúde e na garantia de direitos, por meio da alteração dos comportamentos de risco e reconhecimento de cidadania. Logo, não exclui a abstinência como possibilidade de cuidado, mas não a coloca como único caminho da atenção em saúde.

Pensar a questão das drogas sempre traz o campo da abstinência total às drogas como alternativa-chave para o cuidado. No entanto, A RD e a abstinência deveriam caminhar juntas no debate, superando a disputa do tema, sempre esteve posta entre os defensores da RD e os defensores da abstinência total, os quais afirmam que a RD possibilitaria o estímulo ao uso de drogas.

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 marca a questão da droga, historicamente, no Brasil e atravessa, contraditoriamente, a construção de ações de RD (PRUDENCIO, 2019, p. 58).

Nesse sentido, é possível 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, para uma atenção aos usuários de drogas como questão de saúde pública no âmbito da saúde, do social, do econômico e do político. Tais objetivos só serão alcançados através de ações de promoção à saúde capazes de compreender o usuário de drogas como um sujeito que requer um cuidado integral e como questão primária do cuidado. A abstinência total, por outro lado, apenas prega o olhar sobre a substância, deixando a esfera do cuidado ao usuário de drogas como questão secundária.

Com isso, em 1994, o Ministério da Saúde, aliado ao Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP), adota a RD como estratégia em saúde pública para os casos de usuários de drogas injetáveis. As instituições utilizam

um discurso afiado e preocupado com a prevenção da AIDS e hepatites, diante do crescimento expressivo de contaminação pelo HIV.

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).

O campo da saúde mental, álcool e outras drogas apresenta momentos de fortalecimento do reconhecimento da RD como estratégia no campo da saúde pública, mas sempre esteve em disputa com o campo abstêmico e proibicionista. Isso se torna claro ao observarmos a lacuna no trato dos usuários de drogas como questão de saúde, uma vez que apenas em 2001 os usuários de drogas são reconhecidos como sujeitos de direito, independente da sua relação com a droga, através da Lei Federal nº 10.216/2001. Antes disso, eram apresentadas ações de cunho repressivo para o trato da questão e direcionamentos estatais, pautados em ações do Ministério da Justiça, os quais reforçavam o proibicionismo em relação ao uso de drogas e a repressão do traficante e usuários de drogas ilícitas².

A partir da Lei Federal nº 10.216/2001 e das ações dos sujeitos envolvidos na gestão do Ministério da Saúde, passa-se a debater, no âmbito da saúde pública, a possibilidade de uma nova tendência no trato da questão da droga. Inaugura-se, então, no país a possibilidade de um olhar sobre o usuário de drogas (MACHADO, 2006). Nesse momento, o tema droga é pensado na III Conferência Nacional de Saúde Mental, por meio do eixo temático Reorientação do Modelo Assistencial e do subtema: Direitos, Acessibilidade e Cidadania.

Tal fato é de fundamental importância, pois é a primeira vez que tal tema é referendado no campo da saúde, orientando a incorporação da atenção aos usuários de drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, tem-se um terreno fértil para disseminar a RD no campo do álcool e outras drogas e conjuntamente pensar ações de cuidado aos usuários de drogas. Como aponta Capella (2006), é o momento propício para o problema ser incluído na agenda governamental, diante da compreensão da “importância” desse tema também pelos atores, instituições, agências e outros envolvidos.

² Aquela substância proibida, produzida na clandestinidade e alvo de repressão (CARNEIRO, 2008).

A partir do reconhecimento, por alguns, de que o tema drogas deve estar pautado de forma multideterminada, com o olhar sobre a saúde, o social, o econômico e o político, surgem iniciativas legais para legitimar a RD como estratégia de cuidado. Uma das iniciativas é a Portaria nº 1.028/2005, que institui as ações de redução de danos sociais e à saúde dos usuários de drogas, destacando a lógica da atenção, por meio da RD, aos sujeitos que não desejam ou não conseguem deixar o uso de drogas, mediante ações educativas, informativas e de aconselhamento para o uso seguro.

Outro marco importante que ganha destaque é a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD). Lançada em 2003, representa o reconhecimento da RD como estratégia de atenção em redes de cuidado em saúde, pauta o cuidado no território como caminho de intervenção em saúde e legitima o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD) como ordenador da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Desse modo, reforça a ideia de que o cuidado não se prescreve nas Comunidades Terapêuticas e/ou por internação compulsória. Portanto, a PAIUAD afirma a necessidade de uma mudança no olhar e no trato da questão da droga que vá além da repressão ao traficante e considere a atenção aos usuários como questão de saúde pública.

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 (PRUDENCIO, 2019, p. 67).

Em 2010, com a observação de que alguns “temas” não estavam atendidos na agenda da política de saúde, foi promulgada a Portaria nº 4.279/2010 que institui as redes temáticas, onde se dentre as quais está a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), entre outras. A RAPS é instituída em 2011, por meio da Portaria nº 3.088/2011, a qual situa o debate da atenção aos usuários de álcool e outras drogas na rede de saúde e reforça a PAIUAD ao apontar a importância da atenção em rede no território, para garantir a atenção integral dos sujeitos.

A RAPS tornou-se uma possibilidade real de ampliação do olhar sobre os usuários de drogas, reconhecendo a importância do cuidado em rede no território,

perpassado por diversos serviços, na Portaria reconhecidos como “pontos de atenção”³. Além disso, reconhece os usuários de drogas como sujeito de direitos e livres para tratar da sua relação com os usos de droga sofre a efetivação dos princípios da intersetorialidade e integralidade por intermédio do CAPS AD como ordenador da rede.

Observa-se que o caminho da atenção aos usuários de drogas, pautado pela estratégia de RD, ganha espaço ao longo da construção de um cuidado em saúde pública para esses sujeitos. Ademais, nos apresenta uma maneira respeitosa e promotora de cuidado em redes de saúde no território, nos afastando do debate, ainda existente, da abstinência e do proibicionismo.

Todavia, esta construção doída e diária sofre grandes ataques desde a Resolução nº 32/2017, do Ministério da Saúde, a qual apresenta, às escuras, novos caminhos para atenção na RAPS. Caminhos esses traçados com base no retrocesso nas ações de cuidado, por meio da instituição da Portaria nº 3.588/2017 e da Resolução nº 01/2018, do CONAD, que afirma o posicionamento do Governo Federal no apelo às Comunidades Terapêuticas como instituições que passarão a ser a “luz” do cuidado aos usuários de drogas.

A Portaria nº 3.588/2017, que altera drasticamente a Portaria nº 3.088/2011, é um retrocesso, pois define que a atenção deve ser pautada na hospitalização e no fomento aos municípios que auxiliarem na construção dessa “nova” proposta, por meio de custeio financeiro para abertura de leitos. Outro ponto de análise é o CAPS AD IV, com funcionamento 24h e todos os dias, com leitos para usuários de drogas; reforçando a ideia da hospitalização como caminho de cuidado.

Diante disso, conforme a reflexão de Pitta e Guljor (2019), as medidas apresentadas na Portaria em vigor e a postura de seus defensores nos mostram que o caminho desejado para o cuidado é perpetrado pela lógica inversa à posta em 2011, pois esquece a atenção feita no território sob a estratégia de RD e afirma ações hospitalocêntricas como lócus da atenção.

3-Baixada Fluminense do RJ e o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas

³ São os pontos de atenção: a Atenção Básica, a Atenção Psicossocial Estratégica, a Atenção de Urgência e Emergência, a Atenção de Caráter Residencial Transitório, a Atenção Hospitalar, a Estratégia de Desinstitucionalização e a Estratégia de Reabilitação psicossocial.

A Baixada Fluminense está localizada na Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro e é composta por 13 municípios⁴ que apresentam organização geográfica, econômica, social e política heterogêneas e distintas. No entanto, apresentam o coronelismo e os acordos partidários para o trato da política social como traço comum a todos. Esses municípios têm como marca registrada a desigualdade, o desemprego, a pobreza, os agravos ambientais⁵ e a ausência de investimento público. Em Prudencio (2019), a tabela 5 demonstra que os indicadores socioeconômicos e demográficos por município da Baixada Fluminense possuem uma relação distinta com sua composição econômica e social, logo, não há uma atenção pública que atenda a necessidade dos municípios, em especial no que tange à área da saúde.

O estudo realizado por Dieguez (2011) apresentará que a construção da política de saúde nestes territórios é atravessada pelo diálogo com o setor privado, sobretudo com ações de consórcio em saúde⁶. Segundo o autor, tal experiência mostra uma má distribuição dos serviços, dificuldade em fixação de profissionais e uma infraestrutura sucateada. No entanto, a Baixada ainda apresenta uma ampla cobertura da Atenção Primária desde a expansão da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2019).

Ao pensar a política de saúde mental, o território aqui em debate também marca a existência do maior manicômio da América Latina, a Clínica Doutor Eiras, em Paracambi, que foi inaugurada em 1963 e funcionou até 2012. A clínica chegou a comportar 2.550 internos e carrega, até hoje, a marca da violação dos Direitos Humanos, bem como foi fundamental para a conformação da política de saúde mental na região, conforme veremos a seguir.

Nesse sentido, a pesquisa realizada por Prudencio (2019) na Baixada Fluminense nos apresenta dados importantes sobre a atenção aos usuários de álcool e outras drogas na região, ao se pensar a estratégia de RD como locus do cuidado em saúde mental no campo do álcool e outras drogas, a partir do olhar da gestão da Secretaria Estadual de

⁴ Nova Iguaçu, Duque de Caxias, São João de Meriti, Belford Roxo, Queimados, Mesquita, Japeri, Nilópolis, Magé, Guapimirim, Paracambi, Seropédica e Itaguaí, conforme escolha analítica destacada na pesquisa realizada de março de 2018 até outubro de 2019 culminou em algumas análises apresentadas na tese intitulada “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”, defendida no Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense (UFF – Niterói) em dezembro de 2019.

⁵ Como experiência o Lixo do Jardim Gramacho e seu aterro sanitário; e a contaminação do solo na Cidade dos Meninos.

⁶ Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF), criado em 2000, com instrumento de gestão regional na promoção de investimento.

Saúde do Rio de Janeiro (SES RJ), nos anos 2000, coordenação de saúde mental da Baixada Fluminense e trabalhadores da saúde mental da Baixada Fluminense.

Diante disso, o estudo revelou que a construção da atenção aos usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense se dá a partir dos anos 2000 motivada pela gestão da SES RJ com o apoio do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de Saúde Mental como um movimento nacional de resposta à Política de Saúde Mental. Ambos atrelados aos princípios da Reforma Psiquiátrica e contrários ao proibicionismo e à “guerra às drogas”. Segundo os sujeitos envolvidos na pesquisa da tese, o movimento nacional possuía ideias importantes para o campo do álcool e outras drogas no decorrer dos anos 2000 devido ao entrosamento com o posicionamento contrário à “guerra às drogas” e a favor da estratégia de RD no cuidado em rede de usuários de álcool e outras drogas.

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 [...] (LIMA, 2009, p. 285).

A ideia da construção de uma rede de atenção psicossocial na Baixada Fluminense se apresenta com o fechamento da Casa de Saúde Doutor Eiras, pois, com o processo de desinstitucionalização dos pacientes, surge a necessidade de se pensar a implementação dos serviços que marquem o cuidado de cunho territorial e garantidor de direito. Em outras palavras, uma atenção capaz de romper com as ações de violação de Direitos Humanos que marcaram o longo processo de hospitalização vivenciado pelos sujeitos ali internados.

Com isso, temos na Baixada Fluminense o espaço propício para a consolidação de uma atenção psicossocial aliada a uma gestão da SES RJ atenta a este processo e trabalhando para a construção de um cuidado calcado em ações capazes de fomentar a RD como estratégia da atenção, inicialmente por meio dos CAPS AD, das Comunidades Terapêuticas e das Clínicas Populares.

Prudencio (2019) mostra que a construção das bases para a expansão da rede de atenção na Baixada se inicia com o desejo dos envolvidos de propiciar uma nova

atenção aos usuários de drogas, a qual sairia da “clínica de cada um” para reverberar em ações coletivas. O trabalho coletivo passa a ser marca preponderante das ações iniciais que se tornaram cruciais para a introdução do debate acerca da RD e atenção em rede.

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 colo⁷. [...] 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? (PRUDENCIO, 2019, p. 106)⁸.

Com isso, iniciaram-se ações que vislumbravam a ampla compreensão da lógica da gestão da SESRJ sobre a questão da saúde mental e sua atenção em rede sob a prerrogativa do cuidado amplo em saúde, partindo dos Centros de Atenção Psicossocial. Para isso, a equipe de gestão criou algumas estratégias de ação, tais como: diagnóstico situacional ou consolidado; indicadores clínicos; fórum colegiado; fórum de coordenadores; participação na caravana da cidadania e participação em cursos de atualização e especialização.

Tais iniciativas tinham objetivo de conhecer os municípios, apresentar indicadores sobre as situações clínicas, trazer o coletivo para o debate e a apresentação dos diagnósticos, fomentar denúncias de casos persistentes de violação de Direitos Humanos, relacionados à lógica manicomial, e promover a qualificação continuada dos profissionais da política de saúde mental. No entanto, para o sucesso das estratégias, era necessário convencer os envolvidos da importância da atual proposta de intervenção em saúde mental.

Como resposta ao “fechamento” da Clínica Dr. Eiras iniciou-se o processo de construção da rede de atenção aos sujeitos que ali estiveram internados e as estratégias aqui citadas serviram de base para a compreensão da Baixada Fluminense e fortalecimento de ações no território. A construção de Redes de Atenção Psicossocial na Baixada Fluminense, como afirma Montinho (2005), representou uma expansão na oferta de serviços de atenção em detrimento da qualidade dos serviços prestados, assim como o tema drogas também foi secundarizado na configuração dessas redes, pois a prevalência de serviços relacionava-se com o perfil atendido pelo manicômio.

⁷ Ao ser convidada pela Entrevista-gestão A para compor a gestão da SESRJ em 2000.

⁸ Fala de uma das entrevistadas apresentada em Prudencio (2019) como: Entrevista-gestão B. trata-se de uma pessoa importante na gestão da SESRJ no período de 2000 até 2003.

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? (PRUDENCIO, 2019, p. 114)

A formação de rede em saúde mental em cada município da Baixada Fluminense 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 esse território.

Neste mesmo momento temos a composição das Comunidades Terapêuticas, Hospitais Gerais e CAPS AD. Todavia, o debate afirmado da intervenção sob o viés da RD demora a adentrar a lógica dos serviços e, conseqüentemente, o exercício profissional, dificuldade encontrada até o ato da pesquisa da tese.

Tal realidade aponta pouca preocupação do Estado quanto aos temas relacionados à questão do álcool e outras drogas e ao reconhecimento do usuário de drogas como sujeito de direitos. Outro dado relevante é que a construção de redes de atenção a esse sujeito está diretamente atrelada à implementação do CAPS AD e Consultórios na Rua, em diálogo com a Atenção Básica de Saúde, pois apenas assim seria possível apresentar de forma ampliada a importância da rede nesta questão, sobretudo para os trabalhos realizados pelas equipes de matriciamento⁹.

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

A construção da atenção aos usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense sob a perspectiva da RD vai tomando corpo e nuances muito específicas em cada município, nos quais é possível observar a existência de redes de atenção construídas a partir de suas especificidades, relacionadas aos serviços ofertados pelos

⁹ “[...] 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” (BRASIL, 2011e, p. 13).

municípios e sua interface com a Política de Saúde Mental. Assim como dialoga com a compreensão dos profissionais sobre o significado da RAPS no universo do álcool e outras drogas, entendendo a RAPS como a possibilidade de proporcionar suporte, direito, políticas sociais, respeito e vínculo.

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 (PRUDENCIO, 2019, p. 156)¹⁰.

Com isso, as redes construídas a partir de cada município da Baixada serão tecidas através do diálogo com a política de saúde mental, a política de saúde, a política de assistência social, a política de previdência social, o Ministério Público, a Secretaria de Cultura e a Secretaria de Educação. Esses diálogos são reconhecidos como caminhos possíveis de atenção em rede aos usuários de drogas, entendendo que a RD se constrói no território junto a profissionais, serviços e usuários de drogas.

Os trabalhadores da saúde mental acreditam na RD como o único caminho para o manejo clínico da questão do álcool e outras drogas e mostram a preocupação com o atual retrocesso posto pela Portaria nº 3.588/2017, segundo a qual a intervenção junto a usuários de drogas deve se dar via internação ou “tratamento” em Comunidades Terapêuticas. Podemos dizer que a grande maioria dos trabalhadores da Baixada Fluminense possuem a opinião de que a RD é a base do cuidado em saúde mental, pois propicia a acolhida, o vínculo, a escuta e reconhece o usuário de drogas como sujeito da intervenção (PRUDENCIO, 2019).

O caminho percorrido pela RD na Baixada Fluminense marca a história da construção de serviços de cuidados em saúde mental ou serviços que dialoguem com a política de saúde mental. É notória a necessidade diária de formação continuada e reflexão crítica dos trabalhadores da saúde mental, os quais reafirmam no cotidiano profissional a relevância da RD para a redução dos riscos sociais e de saúde no cuidado

¹⁰ Fala de uma das entrevistadas apresentada em Prudencio (2019) como: Entrevista 10. trata-se de um(a) trabalhador (a) do CAPS AD da Baixada Fluminense.

diário dos usuários de álcool e outras drogas. Compreende-se que a RAPS, ancorada na estratégia de RD, representa a busca constante da quebra do paradigma da repressão e “guerra às drogas”, conforme aponta Nicodemos e Elias (2015).

4 Considerações finais

Os caminhos tomados pela estratégia de Redução de Danos na Baixada Fluminense apresentam a construção de uma atenção aos usuários de drogas marcada pelo poder estatal, militância dos envolvidos com o tema, compreensão da relevância da RD na política de saúde, formação continuada e necessidade de uma atenção em rede de saúde aos usuários de álcool e outras drogas. Logo, representa a ação na questão das drogas distanciada da repressão e “guerra às drogas”, embora todo o debate seja marcado por esses dois paradigmas de profunda tensão e díspares na compreensão da atenção em saúde pública.

Em 2017 vivenciamos nova ameaça ao norte dado à atenção aos usuários de drogas, consolidada pela Portaria nº 3.588/2017, trazendo para a ordem do dia o reforço de ações que colocam em voga o modelo absenteísta, a ambulatorização do cuidado, o fomento à hospitalização e o financiamento de Comunidades Terapêuticas. A referida Portaria coloca em xeque a estratégia de RD ao compreender que o usuário de drogas deve ser cuidado em Comunidades Terapêuticas, as quais afirmam a lógica da abstinência, religiosidade cristã, trabalho forçado e moralismo.

No caso específico da Baixada Fluminense nota-se pouca preocupação do Estado brasileiro em atender as demandas do campo da droga através de políticas públicas universais e garantidoras de direito, uma vez que esse território tem a marca do clientelismo e assistencialismo nas ações públicas. Tais características geram o esvaziamento do setor público na região 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.

Todavia, os dados obtidos pela pesquisa nos mostram que os trabalhadores da política de saúde mental da Baixada exercem em seu cotidiano ações com base na estratégia de RD como norte para a atenção aos usuários de drogas e fazem dos serviços público ofertados pelos municípios o espaço de garantia de direito e cuidado em saúde.

Portanto, apesar dos constantes ataques, nota-se um trabalho de resistência diária para a legitimação do cuidado em rede através da RD.

O retrocesso no campo da política social atrapalha a construção de uma rede sólida que atenda aos usuários de álcool e outras drogas na Baixada Fluminense. Também representa 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 retorno de prerrogativas desumanas, estigmatizantes e cerceadoras de liberdade para se pensar a atenção a esses sujeitos.

5 Referências

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.

BRASIL. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

_____. 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.bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, 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://bvsms.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. **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 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: 15 out. 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.

CAPELLA, A. C. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. **BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**. São Paulo, n.61, p. 25-52, 2006. Disponível em: <https://perguntasapo.files.wordpress.com/2012/02/capella_2006_perspectivas-tec3b3ricas-sobre-o-processo-de-formulac3a7c3a3o-de-polc3adticas-pc3bablicas.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2020.

CARNEIRO, H. 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.

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.

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.

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.

MONTINHO, C. G. C. **A Rede de Atenção Psicossocial nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro: Um estudo exploratório**. 2015. 137F. Monografia (Especialização em Serviço Social e Saúde) – Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde, Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do RJ, Rio de Janeiro, 2015.

NICODEMOS, J. C.; ELIAS, L. Análise crítica das políticas públicas brasileiras de saúde mental em uma perspectiva histórica. 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.

ITTA, 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: 26 dez. 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. 200f. Tese (Doutorado em Política Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.