

Qual é a tônica da política de drogas brasileira: ressocialização ou internamento?

What is the emphasis of Brazilian drug policy: resocialization or internment?

Cuál es la tónica de la política de drogas brasileña: ¿rehabilitación o reclusión?

Maria Odete Pereira¹

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira²

Paula Hayasi Pinho³

Heloísa Garcia Claro²

Alda Martins Gonçalves¹

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo¹

1. Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte, MG, Brasil.

2. Universidade de São Paulo.

São Paulo, SP, Brasil.

3. Universidade Federal de São Paulo.

Campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar os discursos de gestoras públicas, nos âmbitos municipal e estadual do Município de São Paulo - Brasil e de serviços comunitários que atendem usuários dependentes de drogas com transtornos mentais, para confrontá-los com as atuais políticas públicas do Ministério da Saúde brasileiro e verificar se as mesmas avançaram ou retrocederam. **Métodos:** Pesquisa transversal, interpretativa e de natureza qualitativa, realizada com quatro gestores públicos e de serviços comunitários que atendem usuários de drogas. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** Os discursos sinalizaram que apesar dos gestores de saúde participantes indicarem qual direção deveria seguir o cuidado aos usuários de drogas, sob alguns aspectos, as políticas públicas retrocederam nos últimos seis anos. **Conclusão:** A Política avançou com a estruturação da rede de atenção psicossocial e articulação com a Rede única de assistência social, entre outras, mas retrocedeu quando introduziu as comunidades terapêuticas na Rede de saúde e promoveu as internações com financiamento público.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Serviços de Saúde Mental; Políticas Públicas de Saúde; Usuários de Drogas; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the discourses of public managers, at the municipal and state levels of the city of São Paulo - Brazil and of community services that serve users dependent on drugs with mental disorders, in order to confront them with the current public policies of the Brazilian Ministry of Health and Check whether they have advanced or receded. **Methods:** Cross-sectional, interpretive qualitative study was carried out with four public managers and community service providers who attend drug users. Data were collected through semi-structured interviews. **Results:** The speeches indicated that despite the fact that despite participant health managers indicate which direction should be given the care to drug users, under some aspects, public policies in the last six years have receded. **Conclusion:** The Policy advanced with the structuring of the psychosocial care network and articulation with a single network of social assistance, among others, but fell back when it introduced the therapeutic communities in the health network and promoted hospitalizations with public funding.

Keywords: Disorders Related to Substance Use; Mental Health Services; Public Health Policies; Drug Users; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los discursos de los gestores públicos municipales y estatales de São Paulo, Brasil, y los servicios comunitarios que asisten a los usuarios de drogas con trastornos mentales, para confrontarlos con las políticas actuales del Ministerio de Salud de Brasil y verificar si hubo avance o retroceso. **Métodos:** Investigación trasversal, interpretativa, cualitativa, realizada con cuatro gestores públicos y de servicios comunitarios. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** A pesar de los gestores de salud participantes indicaren cuál dirección debe seguir la atención de los consumidores de drogas, las políticas públicas retrocedieron en los últimos seis años. **Conclusión:** La política ha avanzado con la estructuración de la red de atención psicossocial y la coordinación con la red única de asistencia social, entre otras, mas ha retrocedido cuando se introdujeron las comunidades terapéuticas en la Red de salud y promovieron las rehabilitaciones a la financiación pública.

Palabras clave: Trastornos Relacionados con Sustancias de Uso; Servicios de Salud Mental; Política de Salud Pública; Los usuarios de drogas; Enfermería.

Autor correspondente:

Maria Odete Pereira.

E-mail: m.odetepereira@gmail.com

Recebido em 03/03/2017.

Aprovado em 19/04/2017.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0044

INTRODUÇÃO

O uso de drogas se constitui um problema crescente sob a ótica das políticas públicas em educação, saúde, assistência social e trabalho, tanto em países desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento. Evidentemente, essa situação resulta em ampla gama de problemas de saúde, repercussões familiares e sociais, além do significativo impacto econômico.

O relatório mundial sobre drogas de 2015 destacou que aproximadamente 243 milhões de pessoas, correspondendo a pouco mais de 5% da população mundial entre 15 e 64 anos, usaram SPAI em 2013. Cerca de 27 milhões de pessoas fizeram uso nocivo dessas substâncias, sendo que pouco menos da metade fazia uso de drogas injetáveis e cerca de 200 mil pessoas morreram, em 2012, devido às drogas. O número de novas drogas dobrou entre 2009 e 2013.¹

O relatório mundial sobre drogas de 2016 revelou que o número de pessoas em relação de dependência com algum tipo de droga saltou para 29 milhões, em 2014, e que cerca de 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos usaram pelo menos uma droga em 2014.²

Indicadores como acidentes de trânsito; criminalidades; violência urbana e internações têm forte relação com o uso abusivo de substâncias psicoativas lícitas (SPAL), como o álcool e ilícitas (SPAI), como *cannabis* e cocaína, dentre outras, além de gerar altos custos à sociedade e ao Estado, em todos os continentes.

As consequências clínicas do uso de SPA são: intoxicação; uso nocivo; dependência e transtornos psíquicos, sendo que as comorbidades psiquiátricas são prevalentes em pessoas que fazem uso abusivo de uso de SPA por longos períodos.³

Breve revisão bibliográfica

Historicamente, no Brasil, o tratamento dos dependentes de SPAI deu-se em hospitais psiquiátricos e clínicas especializadas, numa lógica repressiva e segregadora. Apenas, em 2004, é que o Ministério da Saúde brasileiro formulou uma política nacional de atenção integral à saúde dessas pessoas, incluindo-as na pauta das políticas públicas de saúde mental. Assim, iniciou-se a construção de uma rede de serviços comunitários, denominados Centros de atenção psicossocial álcool e drogas - CAPS ad.⁴

Em 2008, registrou-se maior prevalência de usuários de cocaína fumada - crack nos CAPS ad, o que determinou a implantação de outros dispositivos de saúde e constituição de da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.⁵

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo de superação à estrutura e prática manicomial psiquiátrica, que pode ser reconhecido na atenção promovida aos usuários com transtornos mentais e usuários de substâncias psicoativas, nos Centros de Atenção Psicossocial e em outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial, que coadunam com os princípios da mesma.

Sabe-se que a expansão da cobertura assistencial e a melhoria da oferta de tratamento nos serviços da RAPS são importantes para o avanço da assistência nessa área. Todavia, é imprescindível ter-se clareza de que apenas a ampliação da rede de serviços não é suficiente para a atenção integral dos

usuários, pois faz - sem necessárias mobilização e articulação de atores em diferentes setores da sociedade, para a mesma seja efetiva.⁶

As considerações acima justificam a premência de pesquisas acerca das políticas públicas em álcool e outras drogas, que são muito escassas, ressaltando-se que o consumo abusivo de SPA é um problema grave e multicausal no Brasil e no mundo, e, portanto, repercute nos mais diversos segmentos da sociedade, devido aos agravos sociais dele decorrente ou por ele reforçados.

Nesse sentido, este trabalho propôs-se analisar os discursos de gestoras públicas, nos âmbitos municipal e estadual da cidade de São Paulo - Brasil e de serviços comunitários que atendem usuários dependentes de SPA com transtornos mentais, em decorrência ao uso abusivo, para confrontá-los com as atuais políticas públicas do Ministério da Saúde brasileiro e verificar se as mesmas avançaram ou retrocederam.

MÉTODOS

O estudo empírico, transversal e interpretativo foi realizado junto à coordenação estadual e municipal de saúde mental São Paulo e com dois coordenadores de CAPS ad, também no âmbito municipal e estadual.

A escolha dos CAPS ad foi intencional, pois as autoras consideravam importante que os serviços fossem os melhores avaliados na perspectiva da gestão municipal e estadual. Sendo assim, nas duas instâncias, os gestores indicaram os serviços que atendiam maior número de usuários e com características que melhor se aproximavam às determinações da Portaria nº 336 de 2002, que regulamentou os CAPS.⁴

As participantes do estudo foram duas gestoras públicas de saúde mental (municipal e estadual), na área de álcool e outras drogas e duas coordenadoras de CAPS ad.

Utilizou-se instrumentos semiestruturados para as entrevistas individuais, pois as autoras consideraram que essa não induziria às respostas prefixadas, possibilitando a liberdade e espontaneidade necessárias para o enriquecimento da investigação, assim como foco no tema específico a ser investigado.⁷

De fato, a entrevista é o recurso mais usual no trabalho de campo e, é especialmente adequado para ter-se informações acerca do que as pessoas sabem, pensam, creem, esperam, sentem e almejam fazer, assim como suas justificativas e representações a respeito.⁷

Os dados do presente artigo derivaram de tese de doutorado intitulada: "Análise da Política do Ministério da Saúde do Brasil para a Atenção Integral os Usuários de Álcool e Outras Drogas". Foram coletados entre janeiro e maio de 2009. As entrevistas foram gravadas para garantir a fidedignidade das respostas das participantes e os resultados foram processados, resultando em cinco categorias: diretrizes da Política; potencialidades; fragilidades; fatores que inviabilizavam o avanço da mesma; estratégias adotadas e estratégias que deveriam ser implementadas na Política, na perspectiva das participantes.⁸

Este artigo originou-se de duas categorias da referida tese, sendo elas: das fragilidades da Política Nacional de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas e das estratégias que deveriam ser implementadas na mesma. As autoras as consideraram relevantes para a compreensão do que avançou ou não na Política, desde 2009.⁸

A operacionalização dos dados consistiu em: transcrição dos textos; ordenação dos dados; classificação e análise dos dados.⁷

Os textos das entrevistas foram categorizados e identificados por Letras (entrevista) e números 1, 2, 3 e 4, referentes as quatro participantes. Na medida em que as falas de uma mesma participante foram sendo apresentadas, estas foram nomeadas por meio de letras do alfabeto, com entradas sequenciais: A, B, C e, assim por diante. Dessa maneira, os resultados aparecerão neste texto da seguinte forma: EA1, EA2, sucessivamente.

Os discursos das participantes foram analisados pela Hermenêutica dialética - HD.⁷ As autoras compreendem que no campo da saúde, a hermenêutica se dirige aos problemas existenciais, que são interpretados nas ações humanas. Dessa forma, levando-se em consideração o objeto do presente estudo "consumo abusivo de SPA", a problemática não deve ser apenas analisada sob o ponto de vista clínico, mas faz-se necessário um processo de reflexão a respeito da existência da pessoa que estabelece uma relação de dependência com uma ou mais drogas. Assim, a hermenêutica se coloca de forma crítica frente ao modo biomédico de abordar os problemas, como na questão do alcoolismo.⁷

Nesse sentido, por meio da HD, autoras analisaram as falas das participantes à luz das políticas públicas do Ministério da Saúde brasileiro, que foram implantadas a partir de 2009 e pela dialética com algumas construções sociológicas de Boaventura de Sousa Santos.⁹

Foram observadas todas as determinações éticas da Resolução 196/1996, sendo que o projeto pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o número 656/2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora fosse o objetivo deste estudo analisar os discursos de gestoras públicas e de serviços comunitários que atendem usuários dependentes de SPA com transtornos mentais, para confrontá-los com as atuais políticas públicas do Ministério da Saúde brasileiro e verificar se as mesmas avançaram ou retrocederam, ao realizarem essa análise, as autoras visualizaram a possibilidade de destacar a credibilidade da pesquisa qualitativa, pois embora a pesquisa tenha sido na modalidade "estudo de caso", o que em tese não permitiria a generalização, verificou-se que os "discursos das participantes" estavam completamente alinhados ao cenário nacional daquele momento.

Ademais, falas das participantes sinalizaram os caminhos que deveriam ou não ser tomados pelos formuladores das políticas públicas para a área. Passados seis anos da conclusão

da pesquisa, o conteúdo de suas falas continua válido e atual, e por estar em consonância com o contexto da política pública brasileira atual na área.

As autoras acreditam ser inerente a todo paradigma emergente, expresso neste trabalho como sendo uma política pública, a superação da lógica de seu antecessor, porque espera-se que o mesmo expresse o que a população demanda. Este se reconhece na prática social, por nela se expressar, ser transformado pelo autoconhecimento e autorreconhecimento. Essa leitura refere-se a um conhecimento ou política, que vai para a realidade social e ali toma corpo e se adapta às condições locais.⁹ É por isso que as políticas e os serviços de saúde não operam e nem podem operar todos numa mesma perspectiva, pois devem adequar-se às diferenças sociais, culturais e econômicas das populações que atendem.

As autoras destacarão a seguir, avanços e retrocessos na Política Nacional, com base na fala de participantes:

Acolhimento integral no CAPS ad

O aumento do número de leitos do CAPS ad era de extrema relevância para o cuidado de usuários de SPA, como sinalizou uma das participantes:

[...] A meu ver, a Política Nacional e a Portaria nº 336 reduzem muito o trabalho do CAPS, atribuindo muitas funções, porém fornecendo poucas condições para que a equipe possa fazer o que é proposto, como no caso do número de leitos para desintoxicação e estabilização de usuários abstinentes [...]. (E3A).

A Portaria a qual a participante se referiu é a de nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que determinou aos CAP ad disponibilizarem de dois a quatro leitos para desintoxicação de usuários de álcool e outras drogas.¹⁰ No entanto, quando esses serviços eram credenciados como CAPS ad II não se tinha atendimento 24 horas, conforme a fala abaixo:

[...] Eu e a equipe somos contra a questão da internação psiquiátrica duradoura, mas um dos grandes pontos que precisaria melhorar e que me parece incoerente, é que por sermos CAPS II temos atendimento das 07h às 18h. Quando o usuário chega numa condição bastante complicada, o colocamos na desintoxicação e no final do dia se o médico avaliar que ele precisa de uma internação, não se tem respaldo de um hospital geral para a internação breve [...]. (E4A).

Atender até às 18 horas ou ter um período estendido até às 21h não coadunava com as necessidades dos usuários e trabalhadores, para um serviço que possui leitos para desintoxicação e/ou estabilização. Assim, a questão era: O que fazer com o usuário em atendimento no leito para desintoxicação ou estabilização, após o horário de fechamento do serviço?

Nesse sentido, a participante completou:

[...] em segundo lugar é aumentar o número de leitos de observação no CAPS ad, pelo menos um leito é o que diz na Política. Pelo menos um não! É preciso ter mais leitos, principalmente, quando se está em municípios distantes que não se tem como encaminhar essas pessoas para hospitais gerais [...] (E3B).

Com a instauração da RAPS em 2011, por meio da Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, o Ministério da Saúde redefiniu que os CAPS ad passassem da modalidade II para a III e que a partir daquela data, todos os demais fossem implantados na modalidade III. Ademais, determinou que essa modalidade de serviço oferecesse atendimento 24 horas, durante sete dias da semana, ininterruptamente, oferecendo acolhimento noturno aos usuários intoxicados ou em síndrome de abstinência.¹¹

Ao prescrever "leitos para acolhimento noturno", a Portaria explicita que os mesmos sejam para estabilização clínica de intoxicação, mas não para a atenção à síndrome de abstinência, conforme explicita o artigo VI: "regular o acesso aos leitos de acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros". Assim sendo, ficaria a critério do gestor da unidade atribuir ou não leitos para a atenção à intoxicação aguda leve/moderada e aos sintomas de abstinência.

As autoras suscitam esse questionamento, com base em uma experiência anterior, em que gestor público municipal, quando arguido, se defendeu dizendo que os leitos de acolhimento noturno não eram para estabilização de usuários. A pergunta que as autoras fazem é: para quais condições prevalecem internações de usuários de SPA? Se o CAPS ad III não estabilizar quadros clínicos de intoxicação leve e moderada ou síndrome de abstinência, no que essa modalidade de serviço difere do CAPS II de saúde mental? Evidentemente, os quadros graves das condições clínicas acima descritas devem ser atendidos nos serviços emergenciais de hospitais gerais.

Sobrecarga de trabalho e o despreparo para a atuação interdisciplinar

Entende-se que uma equipe com muitas atribuições e reduzido número de pessoas para desempenhá-las, deva priorizar as ações cotidianas do serviço, já que não terá autossuficiência para atender a todas as demandas que lhes chegam, como expressou a participante:

[...] Acho que deve ser revisto o quadro de profissionais estabelecido para o CAPS ad, porque dentre as atribuições que a Portaria 336 estabelece estão as da equipe. Com aquela equipe determinada pela Portaria não dá, ou você fica dentro do CAPS ad ou você vai

para rua. Você tem que escolher o que você vai fazer: se vai para rua com as ações externas ou se vai ficar dentro do serviço trabalhando com a equipe. Do contrário não se faz nada de forma completa. Então, fica complicado! [...] (E3C).

Outra participante complementou:

[...] quanto às metodologias que devem ser utilizadas, estas ficam a critério da equipe, que nem sempre está capacitada e qualificada, e que por isso, se perde um pouco [...] (E3D).

Espera-se que a equipe técnica do CAPS ad realize atividades com as famílias e comunidade local. Segundo a Portaria 130 de 2012, os profissionais nesta modalidade de serviço devem responsabilizar-se também pela elaboração dos planos terapêuticos singulares de usuários acolhidos voluntariamente nas Unidades de Acolhimento Transitórias - UAT, quando estas são implantadas pela gestão local. No entanto, desde a implantação dos CAPS, regulamentados pela Portaria nº 336, de 2002, o número de profissionais da equipe técnica do CAPS ad II não aumentou.

Além das inúmeras atribuições que as equipes técnicas dos CAPS ad têm, o número de serviços é aquém do necessário. Segundo dados do Ministério da Saúde, de outubro de 2015, o Brasil conta com 378 CAPS ad, sendo 309 unidades na modalidade II e apenas 69 na modalidade III, o que não garante atendimento para toda a população de usuários de SPA que necessitam de atendimento.¹²

Faz-se relevante ressaltar que uma equipe técnica é composta por diferentes formações profissionais e, por isso, denomina-se equipe multidisciplinar, pressupondo que o trabalho se dê na lógica da interdisciplinaridade. Assim sendo, uma equipe de profissionais de saúde, em que cada profissional atende individualmente o paciente/usuário não atua na perspectiva interdisciplinar, pois esta implica trabalho compartilhado, de maneira que se resolva no coletivo as demandas das pessoas que necessitam de cuidado, tornando o processo de trabalho mais resolutivo e ampliado.

A partir de 2009, o Ministério da Saúde, em articulação com a Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas - SENAD, iniciou a implantação dos cursos de Residências multiprofissionais e cursos de capacitação para os profissionais que atuavam em diferentes contextos da RAPS, com ênfase nos CAPS ad e nos serviços da Atenção Básica. Assim, constituíram-se os Centros Regionais de Referência em Crack e outras Drogas (CRR), que são componentes do eixo prevenção do Programa Crack é possível vencer, instituído em 2010, em ação interministerial e que está capacitando profissionais dos pontos de cuidado da RAPS, visando a oferecer apoio, de forma irrestrita, aos grupos de risco em todas as suas necessidades, contribuindo para a redução dos índices de consumo de drogas.¹³

Ações intersetoriais para atenção integral dos usuários de drogas

Acerca de fissuras contidas em uma Política que, ao que parece não foi cuidadosamente planejada, a participante expressou:

[...] Essa Política tinha que ser intersetorial, ela não podia ser somente de saúde, e o arcabouço jurídico tinha que estar bem costurado. Todo o aparato social tinha que estar bem construído no momento do lançamento da Política e não estava [...] (E2A).

Em consequência da falta desse arcabouço, em 2010, diversos segmentos da sociedade reuniram-se na capital da federação, Brasília, para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, a fim de discutir estratégias intersetoriais que tornassem mais efetiva a produção de cuidado nos serviços de saúde existentes. Assim, o tema da Conferência foi a intersectorialidade.¹⁴

Sabe-se que as múltiplas facetas do fenômeno "consumo abusivo de SPA" se revelam no campo psicossocial. Assim sendo, não seria um único dispositivo de saúde - o CAPS, a dar conta de tal complexidade. Fazia-se necessário ter uma Rede de atores e serviços que atendesse às demandas para o cuidado integral daqueles que perderam sua autonomia ao longo da trajetória de consumo.

O aparato social a que se referia a participante era a existência de uma Rede de Atenção Psicossocial, do Sistema Único de Saúde - SUS, que atuasse em articulação com a do Sistema Único da Assistência Social - SUAS,^{5,15,16} que naquele momento ainda não estavam articuladas, além de outras iniciativas que garantissem a cidadania e os direitos humanos desta população. As mudanças propostas constam no relatório final da IV Conferência.¹⁴

Quanto ao aparato jurídico mencionado pela participante, as autoras entendem que seja relacionado ao alinhamento da legislação da área da saúde com a da justiça, uma vez que a Lei nº 11.343 de 2006 não discriminou a quantidade de SPA que uma pessoa deve portar para caracterizá-la como usuário ou traficante. Além disto, o processo de judicialização para a internação compulsória de pessoas com transtornos mentais e dependentes de SPA no Brasil é recorrente e prevalecentes.^{17,18}

A internação e segregação dos usuários de SPA

De um modo geral, a internação é um dos maiores problemas que as equipes dos CAPS enfrentam, quando ela se faz necessária.

[...] Penso que a Rede de atendimento poderia tornar o atendimento do CAPS ad mais eficaz. Quando digo que a Rede funciona me refiro a esta lógica [...] (E4B).

As falas das participantes, reproduzidas a seguir, reforçam a dificuldade que a equipe do CAPS ad tem em articular-se com o hospital geral, para a internação de usuários:

[...] Temos um hospital geral de referência, mas já tivemos situação do enfermeiro entrar com o usuário na ambulância e eu seguindo em meu carro, para buscarmos por uma vaga para a internação de pessoas que, em algumas vezes, vão a óbito por falta de assistência, pois o hospital de referência alegou não ter vaga [...] (E4C).

A participante continuou:

[...] Não sabemos o que fazer, pois temos uma vida ali, e ao chegar a outro serviço, no hospital geral, eles dizem, por exemplo: '-não vamos atender porque é de álcool e outras drogas'. [...] Penso que a psiquiatria, enquanto especialidade precisaria funcionar melhor para essas emergências e não para internação de longa duração [...] (E4D).

Outra participante complementou:

[...] Os hospitais gerais ainda tem forte resistência à adoção do novo modelo e ainda se tem a existência do modelo antigo [...] (E2B).

Administradores hospitalares e gestores municipais são resistentes à implantação de leitos em hospitais gerais, uma vez que a condição clínica do usuário de SPA, internado no hospital geral, na maioria das vezes, não demanda exames de imagem e procedimentos que geram rentabilidade para a instituição hospitalar. Mesmo o Ministério da Saúde tendo aumentado o valor da diária de internação no hospital geral, o cenário não mudou, o que reforça o aspecto ideológico que envolve a questão.^{19,20}

A principal argumentação dos profissionais e interessados na internação em hospitais psiquiátricos, seja de pessoas portadoras de transtornos psíquicos ou de usuários de substâncias químicas, é a de que os custos da atenção ofertada nos CAPS são superiores ao do leito em hospital psiquiátrico e aos do hospital geral e de clínicas privadas, que no Brasil são comumente denominadas comunidades terapêuticas. Termo oriundo de um erro conceitual e operacional em relação à compreensão do modelo de atenção concebido por Maxweel Jones na Inglaterra.²⁰

Uma das participantes se expressou a respeito:

[...] Sempre nos posicionamos nos embates mais duros com o pessoal que defende a outra forma de trabalhar, pois contestam dizendo que esta Política é inviável porque os custos são absurdos. Eu pergunto: - E a possível internação e o custo da hotelaria? O que é isso? Não vai tratar? [...] (E3E).

Não há coerência na forma em que se dá o financiamento para a Saúde Mental, como expressou a participante a seguir:

[...] acho que falta clareza quanto aos financiamentos [...] (E1A).

Cada um defende o paradigma adotado para tratar o usuário de SPA, com base em sua formação, concepções e crenças. Assim, a participante continua:

[...] para cada argumento que você possa ter, questionando o modelo extra-hospitalar, você terá 20 para provar que ele é melhor, inclusive quanto aos custos [...] (E3F).

Pode-se se afirmar com segurança que a internação psiquiátrica em hospital psiquiátrico e na comunidade terapêutica não pressupõe a efetividade do cuidado, onde, na maioria das vezes, as condições de hotelaria e de cuidado são deficientes,^{5,6} como revelou o discurso abaixo:

[...] Porque só internar não é tratamento, essa é a minha opinião! Não se trata internando, porque você não aborda integralmente o ser humano [...] (E1B).

A Resolutividade do cuidado ofertado no CAPS ad

Em contraposição à atenção hospitalar, os discursos das participantes ressaltaram a resolutividade do cuidado no âmbito dos CAPS ad.

[...] Tem que fazer o trabalho extra-hospitalar mesmo, para tomar conta da integridade dessa pessoa, no biopsicossocial, inserindo socialmente, articulando com outras instituições. Isso o CAPS ad faz magnificamente. De fato, sou grande defensora deste modelo, tanto que eu não acredito no outro [...] (E3G).

Outra participante complementou:

[...] Eu acho que as pessoas procuram mais o ambiente extra-hospitalar, e eu posso intervir de forma muito mais abrangente, uma vez que um número muito maior de pessoas nos procura. Isto é completamente diferente da internação, porque estamos aqui, e eles têm acesso a nós, tanto é que já constatamos isto. Na Secretaria de Estado da Saúde observamos que aumentou muito o registro do número de usuários de drogas, mas por quê? Aumentou o número de usuários? Não! Aumentou a procura, porque o serviço é acessível e o acesso ao tratamento é tão rápido... [...] (E3H).

A existência de um serviço próximo à residência do usuário de substâncias químicas viabiliza o seu tratamento, pois no CAPS ad ele participa das sessões psicoterápicas individuais ou grupais, recebe as doses diárias dos medicamentos, participa das oficinas e grupos terapêuticos, enfim, tem a possibilidade

de ir ao serviço diariamente, dependendo da periodicidade estabelecida pelo seu projeto terapêutico individual, e de retornar para casa ao final do período de tratamento.²¹ Além disto, poderá participar de atividades em outros espaços comunitários.

Com relação a isto a participante expôs:

[...] Então, você disponibiliza um serviço que antes não havia e, por isso, se dizia: '- ah! Só tem que internar!' Agora a pessoa passa na porta, entra e vê que existem outras lá dentro sendo atendidas e não precisa de toda aquela confusão e restrições que envolvem a internação [...] (E1C).

Uma das participantes fez uma analogia entre a diminuição de internações e a relação com os cuidados que os usuários recebem no CAPS ad, como mostra o discurso a seguir:

[...] Qual é o nosso índice de internação? É baixíssimo! E olha que o Serviço só funciona de segunda a sexta-feira e fecha às 18 ou 19 horas, dependendo da condição clínica do usuário que estiver aqui. Porque eu resolvo! Percebe? Isso eu mostro e provo aqui no Serviço, mostramos isso o tempo todo, porque, de fato, eu acho que o CAPS ad é resolutivo [...] (E3I).

As autoras concordam com a participante quanto à capacidade resolutiva da atenção proporcionada no CAPS ad, que resulta em menor incidência de internação psiquiátrica. Elas salientam ainda que, de um modo geral, esse evento é observado no cotidiano dos serviços, sendo relatado trabalhadores, usuários e familiares.²²

Ainda acerca da resolutividade da atenção integral oferecida nos CAPS ad, uma das participantes expôs que:

[...] Tratamento inclusivo é aquele que é oferecido no território onde a pessoa vive, com a possibilidade de passar parte do dia ou até mesmo permanecer no serviço em período integral, durante alguns dias ou todos os dias da semana. Tratamento inclusivo é aquele que possibilita à pessoa receber o cuidado necessário, permanecendo por aproximadamente uma semana em acolhimento integral no serviço comunitário, em um momento em que fez uso excessivo de SPA e, por isto, está intoxicada ou porque deixou de usar a (s) SPA e, consequentemente, entrou em síndrome de abstinência [...] (E1D).

A inclusão da comunidade terapêutica na RAPS

Apesar de os discursos das participantes, que também eram trabalhadoras na área, serem em defesa dos CAPS ad, o número de unidades implantadas no Brasil entre 2009 e 2015, ou seja, em seis anos foram de apenas 86 unidades, totalizando 309 serviços, em 2015.

Em contrapartida, o número de comunidades terapêuticas no Brasil, que estão inseridas na RAPS, portanto, conveniadas com o Sistema Único de saúde, soma 336 unidades, totalizando 7541 leitos. Apesar disso, sabe-se que no território brasileiro, o número das que não são credenciadas é muito maior.

As comunidades terapêuticas são serviços de internação, na modalidade residência para usuários de SPA. Na maioria das vezes, estão localizadas em áreas afastadas dos centros urbanos, promovendo o isolamento e segregação social do usuário de SPA. Prevaecem as que não possuem equipes técnicas multiprofissionais e atuam numa lógica proibicionista, místico-religiosa e disciplinar, em que prevalece a metodologia de tratamento.^{20,23}

O panorama atual reforça a ideia de inversão na lógica de financiamento no contexto da RAPS, sendo assim, subentende-se a Política do Ministério da Saúde e da Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, não prioriza as internações breves, oferecidas nos CAPS ad (14 dias, em média), mas as de longa duração, em média nove meses, oferecidas por essa modalidade de serviço. Isto é corroborado pelo investimento financeiro de R\$ 92 milhões em comunidades terapêuticas conveniadas com Ministério da Saúde no ano de 2014, em comparação aos R\$ 63 milhões investidos no mesmo ano, para todas as ações de saúde mental no País.²⁴

Dialética com construções sociológicas de Boaventura de Souza Santos

Refletindo as falas das participantes acerca dos pontos fortes da Política Nacional para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, as autoras citam o sociólogo,²⁵ que propõe a Crítica à Razão indolente. Segundo o autor, esta expressa-se na racionalidade impotente, arrogante e metonímica, que serão apresentadas a seguir:

A razão impotente àquela que não faz ou não exerce, porque considera que nada pode fazer contra uma necessidade concebida no espaço fora dela, no seu exterior.

Essa alusão é para melhor explicar a racionalidade indolente que se considera única, exclusiva e que não se exercita suficientemente para ver a inesgotável riqueza do universo. Este tem uma diversidade epistemológica inesgotável, mas essa razão preguiçosa é reducionista.⁸ As autoras entendem que a razão impotente domina aqueles que impõem à abstinência e segregação social como forma de tratamento aos usuários de SPA.

A razão arrogante não vê necessidade de exercer-se, porque se vê incondicionalmente livre, e, portanto, livre da imposição de demonstrar a sua própria liberdade. Assim, se uma Política de saúde é elaborada pela classe hegemônica, respeitando apenas os "direitos e interesses" das classes dominantes, está sob uma racionalidade indolente, ou seja, arrogante.

Se o hospital psiquiátrico foi responsável por danos morais, psicológicos e físicos de milhões de brasileiros, porque ainda existe? Os secretários de saúde dos estados e municípios não

são funcionários públicos? Por que o número de CAPS III é ainda insuficiente para conter a crise psiquiátrica? Então, por que os CAPS III ad não são implantados para integrar a Rede substitutiva ao hospital psiquiátrico?⁸

Logo após a conclusão do estudo que originou este trabalho, os CAPS ad III começaram a ser implantados em meados de 2010, mas ainda são insuficientes para atender as demandas dos usuários.

Atualmente, no Brasil, vê-se que a racionalidade indolente se expressa no campo político, já que no Congresso Nacional prevalecem os interesses partidários e de segmentos hegemônicos que privilegiam seus próprios interesses e não da população que, neste caso, são os usuários de SPA.

A razão metonímica: a metonímia é uma figura da teoria literária e da retórica que significa tomar a parte pelo todo. Essa racionalidade toma facilmente a parte pelo todo, porque pensa que o todo é constituído por partes homogêneas, e o que fica fora desse todo não lhes interessa. Ela é responsável por contrair e subtrair o presente e, assim, desperdiçar as experiências sociais. Essa racionalidade não trabalha como as possibilidades que os usuários lhes apresentam.²⁵

É sabido que uma expressiva bancada religiosa de deputados federais defende a internação e abstinência como modelo de tratamento, expressando a razão metonímica. Isto resultou na inclusão das comunidades terapêuticas à RAPS, não prevalecendo as necessidades de usuários, familiares e trabalhadores, que são os que vivenciam ou convivem com as dificuldades impostas pelo uso abusivo e dependência de SPA, mas o interesse daqueles que financiam tais dispositivos, que são na verdade, promotores de segregação e exclusão. As autoras inferem que a RAPS foi instituída como manobra política para a inclusão das comunidades terapêuticas na rede de saúde mental que na prática já existia.

As condições de tratamento e hotelaria oferecidas nessas instituições são, na maioria das vezes, péssimas, violando os direitos humanos dos que nelas são internados.²⁶

As contribuições deste estudo voltam-se aos formuladores de políticas públicas do Ministério da Saúde, ao provocá-los a refletir acerca da direção dada às políticas públicas de atenção aos usuários de SPA, pois atualmente estas não coadunam integralmente com a ressocialização e inclusão dos mesmos na sociedade, ao contrário, promovem estigmas, violações de direitos humanos e segregação social. Ainda é possível a retomada da direção das políticas públicas brasileiras para a atenção aos usuários de drogas, que estas sejam assentadas no território, aonde estes vivem, circulam e trabalham.

Em complementação, este trabalho contribui para a práxis dos trabalhadores dos CAPS ad, com ênfase a do enfermeiro, reforçando que estas devam ser promotoras de acolhimento, vínculo e autonomia. Que estes empoderem-se técnica e subjetivamente para conter as crises de abstinência e intoxicação nos leitos dos CAPS, que são, preferencialmente, destinados a esse fim.

CONCLUSÕES

Os discursos das participantes mostraram que embora gestores públicos e de serviços de saúde do maior município brasileiro sinalizassem a direção que o cuidado em saúde de usuários de substâncias deveria seguir garantindo os princípios do Sistema Único brasileiro, as políticas públicas nos últimos seis anos retrocederam, cedendo aos interesses hegemônicos.

Baseado nas falas das participantes deste estudo, as autoras concluem que a Política Nacional avançou a partir de 2009, no que tange à constituição dos consultórios de rua, centros de convivência e CAPS III e ad III; financiando a capacitação de trabalhadores dos serviços e profissionais de saúde, com a criação das residências multiprofissionais em álcool e drogas e promovendo as ações intersetoriais e articulação das redes SUS e SUAS.

A Política retrocedeu, quando implantou a RAPS, que na verdade já existia, mas em sua instituição formal introduziu as comunidades terapêuticas na mesma e promoveu o financiamento destas, por meio de convênios, aumentando drasticamente o número de internações nesses dispositivos, inclusive as de modalidade compulsória, com financiamento público, como se esse *modus operandi*, de fato, trouxesse a solução para superação para a dependência de SPA. Dessa forma, deixou de investir na expansão da modalidade de serviço comunitário "Caps ad III" que permite a ressocialização dos usuários em cuidado integral e voltou-se ao financiamento das internações.

Implicações para a prática clínica: Este artigo reforça o imperativo de que o cuidado integral, na perspectiva da reforma psiquiátrica, seja ofertado em serviços comunitários, que são os que, de fato, promovem a ressocialização dos usuários de SPA na sociedade.

Nos diferentes componentes da RAPS, o enfermeiro deve desenvolver ações que promovam a ressocialização e reabilitação psicossocial dos usuários de SPA. Esse profissional precisa compreender que seu papel na equipe interdisciplinar está para além da medicação e dos protocolos de enfermagem, pois deve voltar-se às intervenções subjetivas e psicossociais, apropriando-se da comunicação, do relacionamento terapêutico e das intervenções breves.

REFERÊNCIAS

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2015. United Nations publication [internet]; 2015 [cited 2017 Feb 12]. Available from: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf
2. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2016. United Nations publication [internet]; 2016 [cited 2017 Mar 22]. Available from: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf
3. Hagen E, Erga AH, Hagen KP, Nesvåg SM, McKay JR, Lundervold AJ, et al. One-year sobriety improves satisfaction with life, executive functions and psychological distress among patients with polysubstance use disorder. *J Subst Abuse Treat* [internet]. Jan 2017; [cited 2017 Feb 14]; 76:81-87. Available from: [http://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472\(16\)30243-4/pdf](http://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472(16)30243-4/pdf). <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.01>
4. Pereira MO, Vargas D, Oliveira MAFde. Reflection on the policy of the Brazilian Ministry of Health for the care of alcohol and other drugs users under the view of the Sociology of Absences and Emergencies SMAD. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [internet]. 2012; [cited 2017 Feb 20]; 8(1):9-16. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v8n1/en_03.pdf
5. Zeferino MT, Cartana MHF, Brandt Fialho M, Huber MZ, Bertinello KCG. Health workers' perception on crisis care in the Psychosocial Care Network. *Esc Anna Nery* [internet]. 2016; [cited 2017 Feb 08]; 20(3):e20160059. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160059.pdf
6. Costa PHA, Mota DCB, Paiva FS, Ronzani TM. Unravelling the skein of care networks on drugs: a narrative review of the literature. *Ciênc Saúde Coletiva* [internet]. 2015 Feb; [cited 2017 Feb 20]; 20(2):395-406. Available from: http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n2/en_1413-8123-csc-20-02-0395.pdf. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.20682013>
7. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 408p.
8. Pereira MO. Análise da Política do Ministério da Saúde do Brasil para a Atenção Integral os Usuários de Álcool e Outras Drogas [internet]. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009 [cited 2017 Feb 20] 278p. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11012010-145632/pt-br.php>
9. Santos BS. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo; 2007. 128p.
10. Antonacci MH, Kantorski LP, Willrich JQ, Argiles CTL, Coimbra VCC, Bielemann VLM. The structure and flow of the health care network as an instrument of change in psychosocial assistance services. *Rev Esc Enferm. USP* [internet]. 2013 Aug; [cited 2017 Feb 20]; 47(4):888-95. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0891.pdf. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400017>
11. Demarco DA, Jardim VMR, Kantorski LP. Health care to people with mental disorders in the network for psychosocial care. *Care Online* [internet]. Jul/Sep 2016; [cited 2017 Feb 13]; 8(3):4821-5. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4361/pdf>. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4821-4825>
12. Ministério da Saúde (BR). *Saúde Mental em Dados*. 12ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde [internet]; 2015 [cited 2017 Feb 12]. Available from: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
13. Carvalho SR, Miranda FAN, Santos RCA, Pessoa Júnior JM, Belmiro SDDR, Moura IBL. Crack: from individual issues to confronting policies. *J Nurs UFPE on line* [internet]. Feb 2016; [cited 2017 Feb 10]; 10(2):657-63. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8887/pdf_9640http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201636
14. Conselho Nacional de Saúde (BR). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial*, 7 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde [internet]; 2010 [cited 2017 Feb 12]: 210 p. Available from: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsml_cns.pdf
15. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [periódico na internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Sep 19 1990 [cited 2017 Feb 09]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
16. Ministério da Saúde (BR). *Norma Operacional Básica NOB/SUAS: construindo as bases para a implantação do sistema único de assistência social*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sistema Único de Assistência Social - SUAS [periódico na internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005 [cited 2017 Feb 04]. Available from: <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/NOB-SUAS.pdf>

17. Reis C, Guareschi NMF. In the webs of "protective network": compulsory hospitalization of children and adolescents and the judicialization of life. *Fractal: Rev Psicol* [internet]. 2016; [cited 2017 Feb 10]; 28(1):94-101. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922016000100094. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1143>
18. Reis C, Guareschi NMF, Carvalho S. About young drug users: the stories of no one. *Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém*. *Psicol Soc* [internet]. 2014; [cited 2017 Feb 08]; 26(spe):68-78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000500008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000500008>
19. Lucchesi M, Malik AM. Feasibility of general hospitals psychiatric units in Brazil. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2009; [cited 2017 Feb 10]; 43(1):161-168. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000100021>
20. Fossi LB, Guareschi NMF. The treatment model of therapeutic communities: confessional practices in shaping subjects. *Estud Pesqui Psicol* [internet]. 2015; [cited 2017 Feb 05]; 15(1):94-115. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a07.pdf>
21. Santos QG, Silva GWS, Sobreira MVS, Miranda FAN. Mental health services in the Brazilian psychiatric reform from the family perspective: an integrative review. *J Res Fundam Care Online* [internet]. Jan-Mar 2016; [cited 2017 Feb 11]; 8(1):3740-3757. Available from: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-27380>
22. Pinho PH. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas do Município de São Paulo [internet]. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014. [cited 2017 Feb 13]. 383p. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-17112014-144843/pt-br.php>
23. Sleghim MR, Meschial WF, Martins BF, Lopes CB, Galera SAF, Oliveira MLF. Motivations for the treatment of crack users in a therapeutic community. *J Res Fundam Care Online* [internet]. 2015; [cited 2017 Feb 15]; 7(3):3009-3019. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5169009.pdf>. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.3009-3019>
24. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (BR). Relatório do Orçamento para Saúde Mental e Políticas sobre Drogas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
25. Santos BS. Uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: Santos BS. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. Porto: Edições Afrontamento; 2006. p. 87-124.
26. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuáries(os) de drogas no estado de São Paulo. Mapeamento das violações de direitos humanos [internet]. 2016 [cited 2017 Feb 15]; 56p. Available from: https://dl.dropboxusercontent.com/u/566349360/library/dossie_relatorio_crpsp.pdf