



Políticas sobre drogas e modelos de atenção em saúde: desafios e perspectivas

Fábio José Orsini Lopes¹

Resumo: Este trabalho possui como objetivo central discutir sobre modelos de atenção em saúde mental para usuários de álcool e outras drogas. O texto propõe analisar as diretrizes centrais dos modelos de atenção psicossocial e da lógica de redução de danos, de um lado, e as mudanças atuais e em vigor nas políticas sobre drogas, de outro. As análises apontam para um cenário de recrudescimento e retrocesso dos modelos de atenção e cuidado, em especial no que tange aos direitos de usuários e usuárias, bem como para riscos e ataques à consolidação das diretrizes do Sistema Único de Saúde. O artigo conclui destacando as fissuras que as atuais propostas em vigor significam à garantia de direitos de usuários de drogas, bem como às reconhecidas melhores práticas em saúde.

Palavras-Chave: Políticas sobre drogas; Modelos de atenção a usuários de drogas; Análise crítica.

Policies on drugs and health care models: challenges and perspectives

Abstract: The main objective of this paper is to discuss models of mental health care for users of alcohol and other drugs. The text proposes to analyze the central guidelines of the psychosocial care models and the harm reduction logic, on the one hand, and the current and current changes in drug policies, on the other hand. The analyzes point to a scenario of recrudescence and regression of the models of attention and care, especially with regard to the rights of users, as well as risks and attacks on the consolidation of the guidelines of the Unified Health System. The article concludes by highlighting the cracks that the current proposals in force mean for guaranteeing the rights of drug users, as well as the recognized best practices in health.

Keywords: Drug policies; Models of care for drug users; Critical analysis.

¹ Psicólogo, Doutor em Psicologia (UNESP-Assis), Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Coordenador do Laboratório de Estudos sobre Drogas e Sociedade – LED/UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: fabio.jose.lopes@hotmail.com. ORCID: 0000-0001-6827-820X.



1. Introdução

O atual momento histórico em que vivemos parece nos “presentear” com uma quantidade imensa de desafios e questionamentos. São urgentes uma série de perguntas e respostas sobre desenvolvimento e transformação nas políticas públicas em saúde e não poderíamos nos furtar das obrigações de pesquisador no atual cenário. De forma geral, discutir sobre alguma especificidade dos modos de atenção em saúde a usuários de álcool e outras drogas se mostra, sempre, algo complexo e em constante transformação. Na atual conjuntura, esta tarefa se torna inadiável e urgente. As políticas públicas e diretrizes que fundamentam as práticas de cuidado às pessoas que fazem algum tipo de uso de drogas encontram-se em meio a profundas transformações. Em linhas gerais, tem-se que o campo atravessa um debate que tenta trazer à baila uma posição que pode ser considerada reacionária, no sentido de reação a ensaios progressistas que pareciam vir se desenhando. Esta posição de reação, atualmente em voga como política pública, defende o recrudescimento das práticas de cuidado, tendo como foco o asilamento dos usuários como formas a priori de cuidado e tratamento, bem como ênfase na repressão policial para fins de contenção de oferta de substâncias atualmente consideradas ilícitas.

As mudanças em vigor escancaram um campo claramente de disputas interseccionadas entre discursos e narrativas, provenientes das práticas e de conhecimentos de diferentes áreas, que envolvem, em nossa perspectiva, não apenas o cuidado em saúde, mas também questões sobre o lugar da cidadania dos usuários de drogas. Este campo de disputas não é propriamente uma novidade, pois a ele subjaz todo o contexto sobre modos e paradigmas de atenção em saúde mental, que atravessa décadas e possui desdobramentos nas reformas psiquiátricas como um todo. No atual momento, o debate posto aventa tensionar o modelo de atenção psicossocial e a lógica da redução de danos ante um “modelo de abstinência”, aqui entre aspas pelo seu anacronismo aparente. Trata-se de um cenário que expõe e convida à discussão sobre não apenas as referências técnicas já reconhecidas, mas também, em visão ampliada, à defesa do Sistema Único de Saúde e do modo de atenção psicossocial.

O objetivo deste artigo é buscar lançar luz sobre este momento de transformações. Nesses termos definidos, as pesquisas que versam sobre os modelos de atenção oferecidos a usuários de drogas ganham relevância e senso de urgência. A busca por alguma especificidade na atenção a usuários de drogas é aventada e dessas análises sobressaem outros e distintos questionamentos. O artigo busca destacar as principais diretrizes das políticas de atenção relacionadas ao campo, bem como tecer e identificar contiguidades entre as políticas sobre drogas com as de saúde mental. De forma resumida, são aqui descritas e analisadas as características principais dos modelos de atenção a usuários de drogas, apresentadas nas políticas públicas do setor. Nossas



análises apontam para críticas às atuais propostas em vigor, bem como a seus antecedentes e pressupostos. Tais apontamentos sugerem que as políticas sobre droga estão atravessadas por contradições éticas, técnicas e ideológicas, bem como expõem rachaduras no tecido político e de ação social dos atores envolvidos.

2. Modos de atenção em saúde mental, álcool e outras drogas

O campo de debates e posições acerca dos diferentes modos de atenção em saúde a usuários de álcool e outras drogas é um campo conceitual e técnico, muitas vezes retórico, e sempre político. Neste sentido, toda proposta de debater este campo é sempre um marco também de certa forma histórico. Neste momento em que vivemos, ocorrem debates e desdobramentos nas políticas públicas e nas propostas de atenção em saúde para usuários de álcool e outras drogas. Essa marcação temporal nos impõe uma análise crítica ao mesmo tempo ancorada nos referenciais e marcos teóricos e também atenta aos movimentos da macropolítica como um todo.

Atualmente, a discussão sobre estas propostas de modelos de atenção e políticas públicas convoca os pesquisadores a críticas e posições. As análises exigem uma investigação e avaliação das propostas de modelos de atenção em tela, e deverão partir de uma justaposição de suas diretrizes, seus fundamentos, marcos teóricos e práticas de cuidado. A tensão atual estaria recaída sobre uma suposta alternatividade entre dois modelos de atenção, a saber: de um lado, o “modelo da redução de danos”, e, de outro, o “modelo da abstinência”. Ambos são aqui colocados entre aspas pela razão simples de que entendemos que há nesta dicotomia reducionismos iniciais que, de saída, demandam maiores explicações. Entre elas, o reconhecimento de décadas de uma história ampliada sobre modelos de atenção em saúde mental, a partir dos quais a atenção a usuários de álcool e outras drogas pôde ser pensada. De forma a tentar percorrer estes modos de atenção em saúde mental, vejamos brevemente suas linhas mestras.

3. O modo psicossocial e a lógica da redução de danos

Em conjunto com a Política Nacional sobre Drogas, a partir de 2003 passou a vigorar a Política Nacional de Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas. Estruturado em três eixos, inicia com o marco teórico-político, que regula e subsidia a lógica da atenção integral psicossocial aos usuários de drogas; em seguida, faz o traçado de um panorama a partir dos padrões e perfis de uso e abuso no Brasil, em termos epidemiológicos e relativos aos impactos à saúde; e, por fim, descreve as diretrizes e orientações basais da atenção em saúde ao usuário de drogas, nos moldes da atenção psicossocial, da lógica e das estratégias em redução de danos e da ética do cuidado em



liberdade.

Na seção acerca do Marco Teórico-Político, o texto, mais uma vez, enfatiza se tratar de uma proposição de política pública que avenge a superação de dicotomias e binarismos, presentes, em especial, na oposição entre o viés clínico tradicional de atenção à saúde do usuário e o olhar da saúde coletiva. Além da consideração com âmbito clínico individual, considera, também, os aspectos formativos das condições e padrões de uso e abuso, questões territoriais e até culturais, através de um olhar e funcionamento de lógica à qual o texto chama de *transversalização*. Recuperando certa noção semântica do conceito de clínica, o texto propõe que este inclinar-se se faça em direção à história de vida do sujeito e objetive produzir uma rota alternativa (*clinamem*), outra possibilidade de existência. Para tanto, a noção de acolhimento, absolutamente problemática quando consideramos as intervenções involuntárias, é sugerida como central e ensejadora das condições de produção de processos subjetivos alternativos aos padrões de abuso cerceadores de potencialidades.

Em seguida, o texto traz o, ainda caro e (como mostra a atualidade) incompreendido por muitos, conceito de redução de danos. De forma sucinta, o texto remete ao pilar básico do entendimento redutor de danos, segundo o qual a abstinência não deve se configurar como objetivo nem único nem muito menos exclusivo das propostas de atenção e cuidado, além de mencionar o necessário olhar para a configuração das condições concretas em que se dão uso e abuso; o que inclui, necessariamente, não apenas o *desejável*, mas também o *possível* e principalmente o *executável*, em termos de intervenção e resultados terapêuticos. Por isso o texto retoma a noção prévia e necessária de acolhimento, que, entre outras coisas, supõe acolher a história clínica do sujeito, sem julgamento, nem tampouco posicionamentos de natureza “pedagógica” ou mesmo “tutorial”, além de reafirmar a relevância do estabelecimento de vínculo com o usuário e da corresponsabilização do mesmo no processo de busca de alternativas em saúde.

Na seção seguinte, intitulada “A rede de saúde como local de conexão e de inserção”, tem-se lançado outro pilar da atenção integral psicossocial ao usuário de drogas: a noção de rede, território e a abordagem clínico-política. Estes conceitos sugerem que a atenção em saúde mental aos usuários deve transcender os limites clínicos estritos ao *setting* e incluir tanto uma rede articulada de cuidados em saúde, com dispositivos de atenção em níveis distintos de especialidades, quanto o próprio território em si, com seus equipamentos de educação, cultura e lazer. Neste caso, o papel de um Centro de Atenção Psicossocial, além de ser o de acolhimento clínico, deve também ser de irradiação e multiplicação de orientações e saberes que visem à prevenção e minimização de danos no uso e abuso de drogas, em regime de parceria com os ditos equipamentos sociais, na perspectiva da busca de condições de saúde coletiva. Nas palavras do texto:

Neste ponto, a abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que



não reste apenas como “mudança comportamental”, a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a auto violência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida. Neste sentido, o lócus de ação pode ser tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social etc., equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e reabilitação sejam contínuos e se deem de forma associada (BRASIL, 2003).

Por fim, mas nada menos importante, esta seção do texto menciona o papel crescentemente relevante que deve ser atribuído aos conselhos populares de regulação e controle social. A lógica da política nacional de atenção integral ao usuário de drogas recai sobre uma espécie de “reapropriação do sentido de demanda” em saúde por um dado território e base social. Isto implica na coerência de promover o empoderamento e protagonismo dos mecanismos de regulação e controle social nascentes nas comunidades, usualmente compostos pelos conselhos.

Na seção seguinte, intitulada Diretrizes para uma Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, o texto traz, citando o cabedal legal existente na Lei 10.2016 (BRASIL, 2001), a posição de que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas deva ser exercida nos limites dos desdobramentos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Entre outros desdobramentos, isto representa uma proposta de rearranjo dos dispositivos de atenção, os quais deverão primar pelo não isolamento e menor grau do que se chamaria institucionalização. Os CAPS, em especial os do tipo AD, formariam o centro gravitacional de uma rede intersetorial e articulada de cuidados e atenção, de funcionamento diário, sob modelo de absorção da clientela do tipo “porta aberta”, em regime de frequência variável entre intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, em harmonia com os demais dispositivos de base comunitária e conectados através das equipes que atendem ao território. Acrescenta-se que a atenção deve ser ofertada para além dos centros de atenção psicossocial, incluindo unidades ambulatoriais, de pronto-atendimento, hospitais-gerais, equipes de saúde da família, e rede de apoio, como comunidades terapêuticas e unidades de regime privado. Assim, a ênfase na relação com a ideia de comunidade deve permear a formatação dos dispositivos de atenção e estabelecer, por consequência, um raciocínio logístico de atenção de base territorial-comunitária.

Uma das maiores dificuldades de se pensar modelos de atenção em saúde mental a usuários de álcool e outras drogas passa pelo alinhamento



desses modelos com as políticas de saúde mental, amplamente consideradas. No Brasil, desde a Lei 10.216 (BRASIL, 2001), este modelo é conhecido como o de atenção psicossocial. Mesmo que nossa pretensão aqui não seja esmiuçar tal paradigma, suas características centrais compreendem as seguintes diretrizes.

Inicialmente, cabe considerar a atenção psicossocial como emergente de um cenário composto, no Brasil em particular, de movimentos e lutas políticas, sociais e no campo das disciplinas em Saúde, protagonizados por profissionais, pesquisadores e, principalmente, usuários de serviços em saúde mental. Tem-se, portanto, que a atenção psicossocial precisa ser compreendida à luz dos processos sociais que a antecederam, destacadamente as reformas Sanitária e Psiquiátrica e a Luta-Antimanicomial. A essência dessas lutas concentrou-se na crítica ao modelo de atenção conhecido como manicomial, asilar ou hospitalocêntrico, cujas práticas de cuidado a ele adstritas divergem, essencialmente, do preconizado pelo modelo de atenção psicossocial. Neste, a proposta e posicionamento basilar implica certo descentramento do lugar de protagonismo do especialista em cuidado, ao mesmo tempo em que convoca o sujeito em sofrimento psíquico para ocupar este lugar e almejar a autoria de suas diferentes formas de viver. A esta condição Costa-Rosa (2013) nomeia de implicação subjetiva, um conceito absolutamente central na compreensão deste modelo de atenção e que deverá possuir desdobramentos preciosos para a atenção aos usuários de drogas.

Por implicação subjetiva deve ser compreendido o reposicionamento do sujeito na relação com seu sofrimento psíquico, considerando suas condições concretas de saúde/subjetividade, mediante processos de subjetivação ativos e promoção e fortalecimento da autonomia. Assim, a implicação subjetiva exigirá dos dispositivos institucionais funcionamento que promova a ativação das condições de auto regulação e promoção da saúde, de modo a tornar o sujeito melhor e mais consciente de seu funcionamento psíquico e sintomatologia. A remoção pura e simples de manifestações do quadro sintomático pela via exclusivamente medicamentosa, e, no caso das toxicomanias, do isolamento social, deve deixar de ser objetivo exclusivo ou mesmo prioritário, dando lugar ao fortalecimento das condições de vivência com a estruturação subjetiva e visando, como objetivo longitudinal maior, condições de autonomia e autogestão.

O reposicionamento subjetivo diante das condições concretas de vivência psicossocial deverá guiar as tratativas, o funcionamento organizativo e a técnica de intervenção, tornando invertida a lógica de atendimento às demandas psíquica e social. É neste sentido, reitera-se, que deve ser concebido o conceito de Projeto Terapêutico Singular. As intervenções devem também passar a balizar essa busca por reposicionamento subjetivo e as dimensões sociais passam a ser consideradas centrais aos objetivos terapêuticos. Desta forma, os meios técnicos devem, por consequência, privilegiar intervenções de caráter e dimensão psicossociais, o que implica em um repertório de



referenciais teórico-técnicos, entre outros, voltados ao funcionamento de grupos, à socioanálise, à psicossociologia e aos conhecimentos acerca do território e comunidade em que se insere o dispositivo de atenção. Assim, a atenção psicossocial sugere a expansão do espectro de abrangência do que se chamaria ambiência terapêutica, a qual deverá englobar também a família, a comunidade e o território em que o sujeito se insere. Daí derivam desdobramentos tanto à técnica de atenção, que deverá incluir enfoque social, práticas grupais e enquadramento institucional, quanto aos meios de reinserção e reposicionamento social, que incluirão cooperativas de geração de renda e trabalho, associações comunitárias e demais dispositivos de vivência sociocultural do território.

A atenção psicossocial para usuários de drogas, ao propor o deslocamento do foco da consideração dos malefícios *a priori* da substância em si, para buscar promover o reposicionamento subjetivo do usuário em sua relação com as condições gerais de vida e saúde (entre as quais obviamente permanecem incluídas as questões relacionadas ao consumo de substâncias, mas nelas não se esgotam), sugere um modelo de atenção radical e paradigmaticamente distinto do até aqui praticado pelas intervenções em saúde. Não somente a definição do objetivo terapêutico do tipo “abstinência pela abstinência” é problematizada, mas também a noção de saúde passa a ser ampliada e compreendida como multifatorial e diretamente proporcional à medida das condições de autonomia. Em termos práticos e utilizando expressões difundidas culturalmente, sugerir-se-ia a substituição do “estar limpo” pela independência frente aos padrões heterônomos e compulsivos de uso e abuso de drogas. Ainda caberia acrescentar que não se trata, obviamente, de desencorajar ou não promover condições de não-uso de substâncias; apenas que tais condições não se antepõem como metas terapêuticas pressupostas e auto impositivas.

Seguindo o modelo traçado por Costa-Rosa (1996), a atenção psicossocial implica, também, nas formas de organização dos dispositivos institucionais de atenção. Estes dispositivos devem possuir modelo de organização de caráter autogestor e promotor de real e ativa participação dos usuários e co-usuários nesta organização e funcionamento. Tal funcionamento está diretamente relacionado aos objetivos terapêuticos voltados ao ganho e conquista de condições de autonomia dos usuários, em que o exercício do poder decisório protagonizado pelos usuários tem relação com os objetivos do projeto terapêutico. Profundo descentramento e deslocamento na histórica relação de contiguidade entre saber e poder nas práticas de atenção em saúde mental.

A fusão desses elementos provoca imensos impactos à atenção aos usuários de álcool e outras drogas. A relação entre a busca por empoderamento e autonomia, a implicação subjetiva e o funcionamento organizativo autogerido sugerem modificações nas formas e nos pressupostos dessa atenção, a começar pela construção conjunta da própria noção de saúde que se irá considerar.



A saúde mental, tomada como medida das condições de exercício subjetivo adaptativo e evolutivo, diante das condições concretas de vida e saúde/subjetividade, incita à formulação de um modelo de atenção singularizada e organizada segundo a realidade psicossocial do sujeito em sofrimento psíquico. No tocante às drogas, novamente, infere-se que esta atenção deva deslocar-se da preocupação com a oferta e o acesso de substâncias em si, para buscar promover condições de compreensão dos mecanismos que ensejam abuso e consumo compulsivo das mesmas. O escopo é a promoção da autonomia e das possibilidades de vivência subjetiva adaptativas e ativas dos sujeitos usuários de drogas.

No tocante às formas de relacionamento com a clientela, os dispositivos de atenção psicossocial em saúde mental deverão seguir as diretrizes descritas acima, de participação democrática e autogestão, horizontalizada e com ampla participação da comunidade, mas também incluir um papel de capilarização dessa atenção ao território, buscando fazer cumprir os princípios de universalidade, integralidade e matriciamento em saúde mental. Assim, no que respeita à atenção aos usuários de drogas, este modelo sugere que as unidades de atenção psicossocial figurem tanto como núcleos de gravitação da atenção aos usuários, em especial ao que respeita à atenção especializada referente a usuários de drogas abusivos ou que façam uso nocivo, e também como polos de irradiação de conhecimentos e educação em saúde, difusão de entendimentos e práticas sobre redução de danos, estratégias de prevenção e de conhecimento das necessidades da população atendida no território. Um raciocínio de inserção comunitária que comunga e harmoniza com o anteriormente descrito modelo de autogestão e participação democratizada no funcionamento do dispositivo.

Por fim, para caracterizar o funcionamento e organização do modelo de atenção psicossocial em saúde mental, tem-se um conjunto de implicações éticas que merecem compreensão. O tamponamento ou supressão sintomáticos, pura e simplesmente, embora permaneçam acertadamente também almejados, não mais devem constituir a essência, muito menos a exclusividade, desses objetivos. Daí advêm os desdobramentos à noção de redução de danos como lógica que supõe a formação de vínculo como pilar da relação terapêutica, e não a busca a priori de condições de “abstinência pela abstinência”. E isto não significa, por outro lado, uma alternatividade que exclui padrões de abstinência entre metas terapêuticas, na perspectiva da lógica da redução de danos. Nas palavras de Costa-Rosa:

No modo psicossocial não se deixa de alcançar a supressão sintomática, porém esta não é visada diretamente, nem tampouco a meta final. O que se visa diretamente pode ser descrito, de certa forma, com os termos ‘reposicionamento subjetivo’, mas também do homem em questão, uma vez que se procurará levar em conta a dimensão subjetiva e a sociocultural. Mesmo considerados os diferentes graus da sua possibilidade, esse ‘reposicionamento’ terá que ser pensado na perspectiva de



uma ética que se abra para a singularização e que tome como duplo eixo a dimensão sujeito-desejo e carecimento-ideais, como aspectos relacionados daquilo que causa o homem como homem e daquilo em relação a que ele se move (1996, p.155).

Isto posto, no próximo subtítulo aprofunda a questão em relação ao modelo da abstinência entendidos nas leis.

4. Política e legislação atuais sobre drogas e o “modelo da abstinência”

A política atualmente em vigor está ancorada no marco legal da Lei Federal 13.840 (BRASIL, 2019a), que introduziu modificações nas diretrizes e princípios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, no Brasil. De forma esquemática, representando o que seria o “paradigma da abstinência”, essas mudanças são breves podem ser assim resumidas:

Inicialmente, destaca-se a priorização de modos de atenção em saúde alicerçados em diretrizes que têm o isolamento social e as internações prolongadas como propostas iniciais de tratamento. A atual política do Governo Federal e seus representantes defendem práticas de “cuidado” em instituições ditas totais e em regime de confinamento social. Este é um dos pontos mais sensíveis aos pesquisadores que se debruçam sobre modelos de atenção em saúde mental, de forma longitudinal e histórica, que parece reviver entendimentos há pouco aparentemente bem sepultados. As internações prolongadas são preconizadas amplamente, de antemão, como forma de intervenção eficaz sobre os padrões de uso e abuso de álcool e outras drogas. Ressalta-se que não apenas as internações voluntárias são incentivadas, mas também as involuntárias e compulsórias foram facilitadas, tanto do ponto de vista formal quanto técnico.

O segundo ponto a ser destacado refere-se à atuação das políticas para as estratégias em nível de prevenção. Aqui, as mudanças acenam para o fortalecimento e ampliação da presença de programas gestados e executados por instituições do campo da segurança pública, notadamente a Polícia Militar, através do tradicional Programa Educacional de Resistência às Drogas, o PROERD. Implantado no Brasil em 1992, o PROERD é, por sua vez, baseado no programa estadunidense *DARE, Drug Abuse Resistance Education*, presente nos Estados Unidos da América desde a década de 1980. É executado em módulos e currículos seriais, destinados a suas respectivas faixas etárias. Atualmente, o programa inclui outras vertentes de discussão, como comportamento violento e *bullying* nas escolas.

E finalizando o conjunto desses pontuais mudanças anunciadas nas políticas públicas de atenção a usuários de álcool e outras drogas, encontra-se a destinação de recursos públicos orçamentários para instituições e equipamentos de natureza privada. O montante de verbas públicas destinadas a custeio de leitos em instituições de caráter privado levanta um sem número



de questões a serem analisadas, que vão da legalidade formal à conveniência pública, passando pela discussão do papel do Estado e do uso de recursos, em relação à consolidação do Sistema Único de Saúde e seus objetivos.

5. Qual análise é possível e o que esperar da Política Nacional sobre Drogas?

Entre os caminhos para as análises sobre estes avanços e retrocessos nas políticas sobre drogas, este artigo partiu da básica e mínima descrição dos elementos que compõem os modos de atenção em saúde e que devem ser executados pelas políticas públicas. Em relação à atenção a usuários, o modelo construído historicamente foi, nas duas primeiras décadas desse século, a tentativa de combinação entre a atenção psicossocial em saúde mental com a lógica da redução de danos para usuários de álcool e outras drogas. A partir do final do ano de 2019, substantivas alterações na legislação e nas políticas de atenção modificaram este estado de coisas e passaram a impactar de forma global o assim chamado “campo AD”.

A primeira observação que apontamos remete à noção de alternatividade de modelos de atenção. O modelo proposto atualmente pelo Governo, menciona esta alternatividade, em suposto “contraponto coma redução de danos”. Todavia, as mudanças aprovadas pela política atual se limitam a essas alterações citadas, lembrando: a) modelo de internações prolongadas; b) ideal de cessão brusca e impositiva de qualquer uso; c) financiamento público de instituições de natureza privada. Esta descrição, embora breve, cobre a totalidade das mudanças anunciadas. Isto porque a “nova” lei de drogas, a Lei 13.840 (BRASIL, 2019), não dispõe sobre especificidades das formas de atenção em saúde a ser dispensada nesses dispositivos privativos. Não especifica equipe mínima, não estipula sobre admissão, não apresenta informações sobre formas de atenção ou práticas de cuidado, não define estratégias. Em lugar desses elementos basais, a nova política aposta numa retórica que tenta tensionar e opor, de forma equivocada, os conceitos de abstinência e redução de danos. Denota-se dessa oposição falseada profundo desconhecimento sobre os conceitos mais elementares da lógica da redução de danos, que nada têm a ver com pressupostos de manutenção do uso de substâncias entre objetivos terapêuticos, mas tão somente com o fato de que esta manutenção é irrelevante para a garantia de direitos e reconhecimento da cidadania do usuário de drogas. Entendemos que, antes de meta sobre padrão de uso prévia e unilateralmente estabelecido, o que se deve esperar de uma política de saúde é o reconhecimento desta condição cidadã, que obriga o Estado e o agente de saúde dele representante, a atuarem sob as melhores práticas de saúde até aqui identificadas e historicamente construídas como referências de atuação. Por isso aquilo que a lógica da redução de danos preconiza é, como premissa, a efetivação do vínculo, tanto afetivo quanto terapêutico, entre usuário e



profissional da atenção em saúde. Daí que contrapor abstinência (sem ao menos conceituá-la também, dado o conceito necessariamente amplificado de drogas) à redução de danos, como coisas excludentes e opostas, é desconhecer profundamente esses conceitos elementares. Fica, portanto, comprometida a ideia de alternatividade de paradigmas ou modelos, pois não entendemos haver outro modelo proposto de forma fundamentada.

Ainda nesse seara de discussão acerca de paradigmas ou modelos de atenção em saúde, outro elemento que cabe ser destacado recai sobre o reconhecimento de que políticas de recrudescimento e intolerância, com ênfase na repressão policial e no que convencionou-se chamar de guerra às drogas, é relativamente minoritário entre países de democracia mais sólida. Em diversos países ditos desenvolvidos, o debate já atingiu, em alguma medida, um estado de transição do proibicionismo a outro modelo, que inclui iniciativas que cobrem desde a descriminalização até a legalização e regulamentação das drogas. Assim, este retrocesso a um entendimento que parecia estar sendo construído não deixa de nos chamar a atenção. O mesmo se pode dizer sobre o espanto que nos acomete reconhecer a necessidade de reafirmar, em pleno 2019, que é o cuidado em liberdade o único caminho ético aceitável para modelos de atenção aos usuários de serviços em saúde mental. Não deixa de soar como uma espécie de *déjà vu* epistemológico e político, diante disso precisarmos reafirmar estes princípios, tantos anos após a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Um segundo ponto que merece atenção em nossas análises é também precedente e se refere à própria legitimidade de todo o processo legal e institucional através do qual as mudanças foram efetivadas. Esta consideração com a legitimidade dos pressupostos que deram sustentação às transformações no campo da atenção em saúde mental, no Brasil de 2019, se justifica por uma série de razões. Em primeiro lugar, destaca-se o abortamento do debate público verificado no âmbito dos conselhos de controle e participação sociais. As mudanças na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, na esfera federal, foram consequentes do esvaziamento da participação da sociedade civil no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, o CONAD². O Decreto Presidencial 9.926 (BRASIL, 2019b) excluiu representações dos conselhos técnicos, entre elas as representações dos Conselhos Federal de Medicina, Psicologia, Enfermagem, da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, SBPC, e da Ordem dos Advogados do Brasil, OAB, entre outras. O CONAD restou composto por 14 membros, sendo quase exclusivamente todos indicados pelo Governo. Inequivocamente postura autoritária, antidemocrática, anacrônica e na contramão do preconizado por todos os princípios de funcionamento do Sistema Único de Saúde, que enxerga na participação social um de seus elementos basais. O cerceamento do debate contraditório é sintomático tanto

² Trata-se de um órgão superior permanente do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), o SISNAD foi reestruturado pela Lei 11.343 (BRASIL, 2006).



do autoritarismo das medidas quanto, pode-se aventar, da não sustentação de seus fundamentos. Estas mudanças foram feitas sem serem ouvidas as comunidades acadêmica e científica, nem tampouco houve debates nos âmbitos dos conselhos de participação e controle sociais ou das casas legislativas. O percurso de tramitação e debate públicos, lógica e institucionalmente exigidos em mudanças dessa natureza em políticas públicas, foi ignorado.

Continuando esses caminhos de proposição de análise das políticas sobre drogas, cabe agora um olhar para as propostas que apontam tanto para a lógica de internações prolongadas, como também para a destinação de recursos públicos para estas instituições de natureza privada. Este é um dos mais sensíveis elementos das mudanças aprovadas, e que vem merecendo análises críticas e despertando resistências. Pelos princípios mais elementares do SUS e da Atenção Psicossocial, a oferta de serviços de atenção em saúde deve se organizar a partir da consideração com o território e o espaço público em que se dão as condições de saúde de uma dada população. A capilaridade destes equipamentos e sua relação com o território são elementos fundamentais e devem definir o planejamento e a execução de políticas de saúde. Esta é apenas a inicial problemática quando se busca discutir a destinação de recursos públicos para equipamentos de natureza privada, usualmente fixados em locais afastados e não raros. Obviamente, além da questão territorial, ainda há que analisar o histórico de desenvolvimento destas instituições, normalmente divorciado da evolução do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Os debates sobre financiamentos de instituições privadas com recursos públicos são, atualmente, de extrema urgência e sensibilidade. Isto porque vigoram medidas de restrição dos investimentos públicos, desde a aprovação do teto fiscal por emenda constitucional, em 2016. Desta forma, se aplicado o raciocínio pressuposto ao pensamento de um sistema universal de acesso à saúde, como é o SUS, financiamentos de dispositivos e equipamentos de natureza privada, deveriam significar, por óbvio, medida excepcional. No que respeita à saúde mental, desde o ano de 2001 que a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS, constitui objetivo central e razão de ser da Política Nacional de Saúde Mental, consequência legal-institucional das décadas de lutas e dos movimentos reformistas. A crescente substituição das unidades de atendimento de práticas asilares pelas de base territorial e comunitária, ou seja, o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e as proporcionais abertura e ampliação de unidades de atenção psicossocial, se confundem com o próprio sentido da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, no Brasil. Pois, esta “razão de ser” é flagrantemente ignorada nesta proposta de financiamento direto, via recursos públicos, de equipamentos privativos de “cuidado” e “acolhimento”, que funcionam sob lógica isolacionista e mediante critérios também privativos de admissão. Medida anacrônica e violadora tanto do SUS quanto da Lei 10.216 (BRASIL, 2001), além de flagrantemente lobista



e em benefício desses equipamentos privados.

Outro ponto caro e sensível às análises diz respeito à preconização universal de internações prolongadas como formas de intervenção em saúde. Práticas isolacionistas e asilares, se conseguem temporariamente algum resultado de privação do acesso dos sujeitos ao uso de drogas, acabam por privá-los, também, de condições básicas de exercício de cidadania. O asilamento e o isolamento social são medidas, em qualquer ordenamento civilizado, obviamente excepcionais. Restrições de direitos e de condição de cidadania não deveriam ser propostas em nome de políticas de saúde. A excepcionalidade de tais medidas se justifica, unicamente e pelo contrário, nas situações em que esses direitos correm algum risco e tais medidas somente deveriam ser propostas para salvaguarda e garantia dos mesmos. Não deveriam, portanto, ser a pedra de toque de uma política pública de atenção em saúde.

6. Considerações Finais

Muitas são as considerações que se impõem ou que se tornam possíveis, diante das transformações atuais nas políticas sobre drogas. Mesmo reconhecendo que não se mostra possível esgotarmos as questões relativas a este urgente debate, e sabedores de que as transformações, ainda mais no atualíssimo cenário de uma pandemia de proporções internacionais, ao qual ainda todos estamos nos adaptando e tateando respostas e orientações, algumas considerações conclusivas, à luz dos elementos que tratamos aqui, são pertinentes.

De modo inflexível e como posicionamento basilar, somos pelo reconhecimento de que as práticas interventivas pertencentes à esfera do proibicionismo implicam na fragilização de direitos humanos fundamentais e de liberdades individuais. E não apenas limitam e impedem o usuário de ter acesso a reconhecidas melhores práticas em saúde, como impactam colateralmente, de forma violenta, parcelas sociais majoritariamente marginalizadas e ao largo do alcance de políticas públicas. A superação do proibicionismo, no plano internacional, parece algo irreversivelmente em curso, colocando o Brasil, mais uma vez, na contramão das melhores práticas de cuidado a usuários e nas pesquisas sobre drogas.

Um segundo ponto a ser destacado refere-se ao anacronismo e à desinteligência que significam a (falsa) dicotomia entre “modelo de abstinência” e redução de danos. Esta condição de incompreensão é alarmante e impõe um bom número de problemáticas. Dado que opor redução de danos à “critérios de abstinência” se mostra etéreo e ignorante, o debate que se poderia esperar em relação a melhores práticas de cuidado e modelos de atenção se esvazia, pois esta incompreensão mata o debate no ninho, pois é anterior a uma possibilidade de discussão sobre práticas e modelos de atenção em saúde. Trata-se, na verdade, de questão pseudocientífica e profundamente



ideologizada, pois que não há que “discutir” um modelo de atenção que nem mesmo existe, pois ao se propor como excludente e alternativo à lógica da redução de danos, este modelo se erige sob falsa e inexistente dicotomia. Portanto, sua premissa é também falsa e fantasmática e configura espécie de estelionato epistemológico, uma vez que, em momento algum, a lógica da redução de danos preconiza, incentiva, ou muito menos apologiza sobre o uso de drogas.

Por fim, resta dizer que as mudanças aprovadas nas novas legislação e política de atenção aos usuários de drogas, antes mesmo que analisemos a especificidade da atenção em saúde mental, ignoram notadamente os conceitos de universalidade, territorialidade e participação social do SUS. O conjunto dos fatores brevemente analisados aqui aponta para o reconhecimento de que as medias aprovadas e em vigor estão em desacordo não apenas com paradigmas técnicos já há muito sedimentados, mas, também, ferem de morte princípios éticos e democráticos. As propostas violam, ao mesmo tempo, as diretrizes do SUS, o histórico da Reforma Psiquiátrica e da Luta-Antimanicomial e as bases filosóficas e técnicas do modo de atenção psicossocial em saúde mental. As medidas em vigor são não apenas anacrônicas, com também atacam direitos dos usuários de drogas e negam a estes as melhores práticas de atenção em saúde já consolidadas. Verdadeiro e inequívoco retrocesso legal, institucional, técnico e político.

7. Referências bibliográficas

BRASIL. Secretaria-Geral. **Decreto nº 9.926 de 19 de julho de 2019**. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Diário Oficial da União, 22 de julho de 2019, Brasília, 2019b.

_____. _____. **Lei Federal nº13.840, de 05 de junho de 2019**. Diário Oficial da União, 06 de junho de 2019. Brasília, 2019a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Secretária-Geral. **Lei Federal nº11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas e dá outras providências. Casa Civil da Presidência da República. Brasília, 2006.

_____. Casa Civil. **Lei Federal nº 10.216, de 04 de junho de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde. Brasília, 2001.



COSTA-ROSA, A. **O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar.** In: AMARANTE, P. (org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1996.

_____. **Atenção Psicossocial Além da Reforma Psiquiátrica:** contribuições da Clínica Crítica aos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

Como citar este artigo:

LOPES, Fábio José Orsin. Políticas sobre drogas e modelos de atenção em saúde: desafios e perspectivas. **Áskesis**, São Carlos - SP, v. 8, n.2, p. 96 -110, jul./dez.2019.

ISSN: 2238-3069

DOI: <https://doi.org/10.46269/8219.438>

Data de submissão do artigo: 29/04/2020

Data da decisão editorial: 13/07/2020