

Descriminalização do Cuidado:

Políticas, Cenários e Experiências em Redução de Danos.

Organização:

Sandra Djambolakdjian Torossian

Samantha Torres

Daniel Boianovsky Kveller

Organização:

Sandra Djambolakdjian Torossian

Samantha Torres

Daniel Boianovsky Kveller

Capa:

Daniel Dall'Igna Ecker

Diagramação:

Samantha Torres

Revisão:

Lélia Almeida

Rede Multicêntrica
Descriminalização do Cuidado: Políticas, Cenários e Experiências em
Redução de Danos.
Porto Alegre, RS: Rede Multicêntrica, 2017. 380p.

ISBN: 978-85-9489-035-1

1. Políticas Públicas
2. Saúde Coletiva
3. Drogas
4. Redução de Danos
5. Educação Permanente

CRR Rede Multicêntrica- UFRGS
redemulti@ufrgs.br



Capítulo XVI

Circulação e controle: ambivalências das redes nas cidades de Porto Alegre, Brasil, e Amsterdam, Holanda.

Rafaela de Quadros Rigoni

O campo das políticas sobre drogas é multidisciplinar e a colaboração entre trabalhadores de diferentes áreas é considerada importante para a efetivação e sucesso das políticas. Para além da construção de um sistema integral através de documentos oficiais e diretrizes para guiar as políticas, o papel dos trabalhadores da ponta é fundamental. As propostas teóricas que embasam este estudo trazem um entendimento diferenciado da análise das políticas públicas e do papel do trabalhador na construção destas políticas. Entende-se a formulação e aplicação das políticas como *processo*. Tanto a política no papel, quanto a política cotidiana (da prática), passam pela negociação de significados, objetivos e interesses entre diferentes atores.

A análise das políticas públicas, portanto, deve considerar como as negociações entre os diferentes atores se constrói no cotidiano, ou seja, como ocorre o processo da política (Colebatch, 2004). Neste contexto, os trabalhadores da “ponta” assumem um papel fundamental enquanto realizam o seu trabalho diário. Mais do que alguém que simplesmente reproduz ou implementa a política no papel, aquela formalizada nos documentos legais, o trabalhador se configura como um formulador de políticas públicas (Lipsky, 1980).

Cotidianamente, trabalhadores da ponta precisam encontrar maneiras de lidar com as dificuldades, faltas e excessos que diferenciam o contexto da política cotidiana do contexto ideal da política no papel. À medida em que encontram alternativas possíveis para colocar as políticas em prática os trabalhadores da ponta reinventam as políticas públicas.

Neste contexto, a formação de redes entre trabalhadores para o cuidado das pessoas que usam droga também deve ser analisada como um processo. Nesta construção, negociações diárias são realizadas entre os diferentes entendimentos sobre como abordar o uso de drogas e as diferentes atividades que compõe o trabalho de cada equipe.

Historicamente a formação de redes para o cuidado das pessoas que usam drogas é debatida, principalmente, como relação à integração entre os setores de saúde e assistência social. Para além da formação destas redes de cuidado, também o papel dos trabalhadores em segurança tem sido considerado importante na abordagem da pessoa que usa drogas. Projetos de integração entre cuidado e segurança vêm sendo postos em prática em diversas partes do mundo (Hammett et al., 2005; Hunter, McSweeney, & Turnbull, 2005; Vermeulen & Walburg, 1998). Estes trazem potências e desafios que se somam aqueles que atravessam a formação das redes em cuidado.

A inserção das políticas de redução de danos e o debate do papel da segurança no cuidado às pessoas que usam drogas vêm, nas últimas décadas, produzindo modificações nas redes. As políticas de redução de danos trazem uma nova forma de olhar a atenção ao uso de drogas que se coloca como alternativa ao modelo centrado na internação e na abstinência. Essa nova proposta gera um debate em relação aos modelos anteriores de atendimento e entendimento de como lidar com o uso de drogas na área do cuidado. A inserção da segurança neste debate traz à rede um olhar que visa à prevenção de possíveis problemas de conflito com a lei relacionados com o uso, ampliando o debate já existente entre as áreas de cuidado.

Cada setor envolvido nas políticas sobre drogas possui diferenças inerentes às instituições e organizações que representam. A diversidade destes contextos, por sua vez, produz diferentes opiniões e atitudes destes trabalhadores na política cotidiana, que se traduzem em uma heterogeneidade de expectativas com relação ao papel dos trabalhadores na abordagem do uso de drogas. Ainda assim, a formação das redes envolve o contato e a negociação de objetivos, atividade e significados nas práticas diárias.

Como os trabalhadores atualizam tal negociação? Em outras palavras, como ocorrem as redes relacionadas à abordagem da pessoa que usa drogas nas políticas sobre drogas no cotidiano? E o que tais redes produzem em termos de potências e desafios para os diferentes atores envolvidos?

O presente artigo parte das experiências de formação de redes nas cidades de Porto Alegre, no Brasil, e Amsterdam, na Holanda, para analisar essas questões. Os dados debatidos derivam de uma pesquisa de doutorado que enfoca a produção cotidiana da política sobre drogas pelos trabalhadores das áreas de saúde, assistência social e segurança nestas duas cidades (Rigoni, 2015). Entre Abril de 2010 e Abril de 2011 foram entrevistados 80 trabalhadores e realizadas 800 horas de observação de suas práticas, divididos igualmente entre Amsterdam e Porto Alegre. A comparação entre cidades pertencentes a países com distintas políticas sobre drogas, e configurações de rede bastante diversas, proporciona um interessante contexto para analisar diferentes fatores operantes na formação de redes.

Antes de partir para a análise, porém, é fundamental definir: como entendemos rede? No senso comum, rede pode ser definida como a troca de informações e serviços entre indivíduos, grupos ou instituições. Na legislação brasileira e holandesa (Ministério da Saúde, 1990; van der Gouwe, Ehrlich, & van Laar, 2009), bem como na literatura que discute as redes em cuidado (Plomp, Hek, & Ader, 1996; Zambenedetti & Silva, 2008) o conceito de rede é utilizado para veicular ideias de integralidade no atendimento à pessoa que usa

drogas a partir da colaboração entre trabalhadores de diferentes setores.

Na política cotidiana, a coordenação entre os diferentes serviços que abordam as pessoas que usam drogas é fundamental para colocar em prática os conceitos de abordagem integral (*integrale aanpak*) e colaboração (*samenwerking*) holandeses, bem como os conceitos de integralidade e rede brasileiros. Na legislação e nas diretrizes nacionais e locais referentes às políticas públicas, o desenho de uma rede começa com a organização ou (divisão) de serviços entre os territórios. A seguir, o desenho parte para definir a circulação espacial e as formas de contato entre serviços dentro e entre diferentes territórios.

O conceito de rede proposto pelo teórico Pierre Musso (2004) traz a organização espacial dos serviços e os fluxos traçados entre eles como um dos fatores fundamentais para a análise da circulação dos trabalhadores nos territórios. Além disso, Musso agrega ao conceito da rede a racionalidade: as ideias por trás da forma como a organização espacial é planejada. Para Musso, as redes têm uma estrutura (uma forma de organização), uma dinâmica (conexões e movimento entre os atores) e uma racionalidade que representa e determina a estrutura e as possibilidades de conexões. A rede, portanto, define a organização geográfica e comunicação entre os trabalhadores e serviços e também a produção de sentidos que parte de e que permite tais comunicações (Musso, 2004).

Antes de entrar na análise de como organizações e sentidos atravessam a produção das redes em Amsterdam e Porto Alegre vale enfatizar um último e importante ponto: a ambivalência das redes.

De acordo com Musso (2004) o conceito de rede traz na sua essência uma identidade dupla, uma ambivalência inicial: podem servir tanto para circular como para controlar. Em linhas gerais, o contato entre os trabalhadores em um território pode se dar de forma colaborativa, conflitiva, ou simplesmente distante, quando um ou ambas as partes ignoram as atividades ou mesmo a existência dos outros. O conceito de rede é, geralmente, entendido na primeira

forma: como a construção de colaboração; porém, como veremos aqui, há outras interpretações possíveis.

A proposta de Pierre Musso de entender a rede também como potencial produtora de controle abre novas portas para pensar sobre o papel e os efeitos das redes nas políticas sobre drogas. A construção de redes pode trazer não só a possibilidade de facilitar o trabalho na ponta e promover uma assistência integrada para as pessoas que usam drogas, como normalmente concebido; pode também tornar a vida de ambos os atores mais complicada através de um aumento de controle sobre suas atividades. Mas quando e como controle ou circulação operam nas políticas cotidianas em Amsterdam e Porto Alegre? E quais seriam os fluxos e racionalidades que levam ao controle ou à circulação de trabalhadores e usuários? Tais questões serão debatidas nas próximas duas seções, que descrevem, respectivamente, as redes nas cidades de Amsterdam e de Porto Alegre. Por fim, a última seção deste texto trará alguns comparativos e análises.

As redes em Amsterdam:

Na cidade de Amsterdam, trabalhadores em saúde, assistência e segurança mencionam trabalhar juntos para atender a pessoa que usa drogas. A circulação promovida pela rede ocorre tanto em termos de trabalhadores que se deslocam ao longo dos territórios para contatar pessoalmente outros trabalhadores, quanto em termos de troca de informações sobre os serviços e usuários. A circulação de trabalhadores inclui visitas a outros serviços, abordagens conjuntas de usuários, e reuniões com outros profissionais para debater sobre planos de tratamento para pessoas assistidas por ambos. A circulação de informações inclui, para além das trocas face a face, o conhecimento dos serviços e atividades oferecidas por outros setores, contatos telefônicos com serviços e trabalhadores, e acesso às informações de serviços e usuários através de sistemas informatizados de cadastro.

A formação de redes entre os setores da assistência e saúde é bastante desenvolvida na cidade de Amsterdam. Serviços em assistência social como abrigos, albergues, casas de passagem e acolhimento, e serviços específicos para o gerenciamento de benefícios e inserção no mercado de trabalho (DWI) possuem conexões fortes entre si no sentido de coordenar atividades e benefícios oferecidos as pessoas que usam drogas. No setor da saúde, clínicas para o tratamento com substituição (metadona) e prescrição de heroína, salas de uso e equipes de trabalho de campo também operam a formação de redes entre si e com os serviços em assistência social.

Em vários destes serviços da rede de cuidado existe a figura do *case manager* (ou gestor de casos) onde os trabalhadores são responsáveis pelo acompanhamento do tratamento/assistência de um dado número de usuários. É parte das atividades destes trabalhadores o contato com diferentes serviços da rede em saúde e assistência que já estejam abordando ou que possam vir oferecer algo que a pessoa em atendimento necessite. Os contatos são realizados por meio de reuniões, ligações telefônicas, visitas aos serviços, acompanhamento dos usuários aos serviços, encaminhamentos, entre outros. Em muitos serviços, o papel do gerente de casos é realizado por aqueles trabalhadores que fazem a busca ativa dos usuários no trabalho de campo. Praticamente todos os serviços, incluindo as clínicas, abrigos e albergues, possuem a figura do trabalhador de campo (equivalente às atividades dos redutores de danos, agentes comunitários de saúde, e educadores sociais de rua no Brasil).

Para além do gerenciamento integrado do atendimento as redes incluem o acesso facilitado a um determinado número de vagas e benefícios nos serviços parceiros, bem como a informações sobre a pessoa atendida. Através das redes, trabalhadores em cuidado entendem que seu trabalho se torna mais eficiente, à medida que evita que diferentes serviços promovam a mesma atividade com um dado usuário ou, pior, que promovam atividades contraditórias. Desta

forma tanto seu trabalho se torna mais leve e mais eficaz, como se previne o gasto desnecessário de tempo e dinheiro público.

A troca de informações é parte importante deste processo. Circulam informações tanto sobre os serviços e atendimentos possíveis, quanto sobre os usuários e os contatos que estes fazem com a rede, o tipo de atendimento que possuem ou já possuíram no passado, bem como informações pessoais. Segundo os trabalhadores, o contato próximo e coordenado com trabalhadores de outros serviços permite um maior controle do usuário e previne a manipulação do sistema. Quando os diferentes serviços conversam entre si não é mais possível para a pessoa em atendimento mentir sobre os benefícios que ganha ou não em outros serviços, os motivos pelos quais não possui mais um dado benefício ou atendimento, e os tipos de atividade e planos de tratamento que vem seguindo. Neste sentido, a rede opera tanto na circulação de usuários e informações quanto no controle das mesmas. Os trabalhadores em Amsterdam não só reconhecem esse duplo sentido da rede, como veem ambos, circulação e controle, como positivos e funcionais.

Além da diversidade de serviços em saúde e assistência, outra importante característica diferencial da rede em Amsterdam, com relação a Porto Alegre, é que os trabalhadores em segurança têm uma participação intensa na rede de abordagem à pessoa que usa drogas. Pelas atividades da profissão que possuem trabalhadores da segurança de ambas as cidades entram, frequentemente, em contato com pessoas que usam drogas e que se encontram em situações de vulnerabilidade e/ou conflito com a lei: situação de moradia/sobrevivência na rua; uso de drogas em espaço aberto; vinculação com o tráfico de drogas, entre outros. A maneira como a segurança responde a esses eventos, no entanto, é diferente nas cidades estudadas. Em Amsterdam, o contato de trabalhadores policiais com pessoas que usam drogas costuma desencadear a produção de redes com o setor de cuidado. A rede inclui não só o encaminhamento verbal a serviços de assistência social ou saúde, mas também abordagens conjuntas; acompanhamento em pessoa do

usuário aos serviços; e visitas aos serviços para reuniões previamente agendadas e/ou para reforçar as conexões de rede já estabelecidas.

A própria estrutura da rede ajuda a definir esta dinâmica: tanto a descrição de cargo dos trabalhadores, quanto os programas projetados nas diretrizes nacionais e locais especialmente para promover a formação de parcerias. A polícia de Amsterdam possui uma figura especial que é a do policial comunitário (o *buurtregisseur*, literalmente, “diretor do bairro”), que é adscrito a um determinado território na cidade. Faz parte da descrição de cargo deste trabalhador o conhecimento e o contato colaborativo com serviços em assistência social e em saúde dos territórios pelos quais são responsáveis. Programas especiais de integração entre segurança e cuidado foram construídos especialmente para a população portadora de sofrimento psíquico (como o *Vangnet & Advies*) e/ou com contatos freqüentes com a polícia (*Keten Units e ISD*). Apesar de esses programas não serem especificamente dirigidos às pessoas que usam drogas, grande parte das pessoas atendidas são usuárias de drogas como crack, heroína ou álcool.

No caso do programa *Vangnet & Advies*, quando trabalhadores da segurança entram em contato com uma pessoa que usa drogas e que tenha problemas com a vizinhança, seja agressiva ou que cause algum transtorno a comunidades no espaço aberto, eles podem contar com um trabalhador da saúde (no caso um “enfermeiro psicossocial”) para auxiliar no atendimento. Nas *Keten Units* e na medida *ISD*, a polícia convida pessoas que usam drogas e que estão cometendo delitos para uma reunião conjunta com trabalhadores do cuidado, a fim de decidir sobre um plano de ação. A orientação principal é a decisão em favor de uma pena alternativa ou a troca da prisão pela inserção no sistema de cuidado, o que inclui tratamentos que podem visar tanto à abstinência quanto à redução de danos.

Aqui se faz interessante desvelar as ideias ou racionalidades (Musso, 2004) que atravessam essas redes entre diferentes atores do cuidado e os atores da segurança. Como eles justificam a formação de redes?

Para os trabalhadores da segurança o que justifica a rede com os serviços e trabalhadores do cuidado são os resultados percebidos em termos da diminuição da criminalidade e dos problemas nas ruas, bem como da quebra do círculo vicioso de prender, repetidamente, as mesmas pessoas sem resultados. Fornecer necessidades básicas e a possibilidade de tratamento em saúde, inclusive para o uso de drogas, é visto pelos trabalhadores da segurança como sendo mais eficaz do que prender ou aplicar multas. Ao invés de ser percebido como uma tarefa a mais, o investimento nas parcerias é tido como atividade que diminui a carga de trabalho e traz a sensação de efetividade. Especialmente os programas que trabalham com diretrizes de redução de danos - como as salas para o consumo de drogas, as clínicas de terapia de substituição (metadona) e prescrição de heroína, as casas de passagem e os abrigos e albergues que permitem o uso de drogas dentro de suas premissas, e o benefício financeiro concedido às pessoas que usam drogas - são muito bem vistos e acolhidos pela polícia. Para eles, tais serviços permitem que as pessoas utilizem drogas fora do espaço aberto da rua, e que tenham condições financeiras de comprar sua própria droga e não precisam cometer crimes ou vincular-se ao tráfico para tal.

E tudo isto também é percebido como melhorias na qualidade de vida das pessoas que usam drogas, permitindo que saiam da situação de rua, paguem suas dívidas, e reconstruam uma identidade de cidadania e trabalho integrada à comunidade em geral.

Semelhante à polícia, os trabalhadores em saúde e assistência acreditam que a colaboração traz bons resultados para todos: melhora a qualidade de vida e aumenta o acesso ao cuidado para as pessoas que usam drogas, ao mesmo tempo em que diminui a perturbação da ordem pública e a criminalidade nas ruas. A repressão policial é vista como um dispositivo para trazer usuários, que de outra forma não procurariam tratamento ou benefícios, para o sistema de cuidado.

Na visão dos trabalhadores, a abordagem policial também pode ajudar a garantir a continuidade do tratamento, através da localização de pessoas que evadiram dos serviços e o

reencaminhamento das mesmas. A colaboração serve ainda para garantir o bom funcionamento dos serviços principalmente no que se refere à prevenção do abuso de autoridade policial. Acordos são realizados para impedir que policiais façam abordagens, busca ou apreensão - de drogas e/ou pessoas que estejam sendo procuradas pela justiça - dentro dos serviços e nas suas premissas, prevenindo assim que os usuários se afastem do sistema de cuidado. Atenção especial neste sentido é dedicada a garantir o vínculo de confiança construído entre usuários e trabalhadores.

Fundamental para que esta parceria entre cuidado e segurança seja vista com bons olhos pelos trabalhadores do primeiro setor é a importante oferta de benefícios às pessoas que usam drogas que é atrelada ao sistema. Estratégias de redução de danos e serviços de baixa exigência são prioritárias neste sentido: salas de uso; clínicas de tratamento de substituição e prescrição de heroína - onde as drogas são prescritas e fornecidas pelo governo; abrigos e albergues que permitem o uso de drogas dentro de suas premissas; casas de passagem; cuidados básicos em saúde; auxílio financeiro – benefício- e auxílio na gestão do dinheiro recebido; inserção no mercado de trabalho; foco na busca ativa, dentre outros. Sabendo que os usuários possuem acesso a todos estes serviços, uma intervenção mais repressiva pode ser justificada na visão dos trabalhadores: usuários não se encontram em situação de vulnerabilidade ou conflito com a lei por falta de oportunidades e apoio. Assim, desde que a repressão seja vinculada a entrada do usuário neste sistema de cooperação, ela é vista como estando a serviço do bem estar do próprio usuário, e não contra ele.

Ao final, para os trabalhadores em saúde, assistência e segurança, a formação das redes tanto aumenta as chances dos usuários de serem acessados e acolhidos pela rede de cuidado, como também aumenta o nível de controle dos trabalhadores sobre os mesmos. Desta forma, se atualizam na política cotidiana as duas vertentes da rede propostas por Musso (2004): a circulação e o controle. Se por um lado o controle facilita a gestão dos recursos e do

processo de trabalho por parte dos trabalhadores da “ponta”, ele deve ser observado com cuidado. De acordo com pessoas que usam drogas em Amsterdam e suas associações contatadas durante a pesquisa, muitas vezes a relação estreita estabelecida entre os trabalhadores acaba por limitar a participação do usuário nas decisões sobre o rumo que quer tomar em sua vida. Nas reuniões conjuntas, onde o plano de ação é discutido e a proposta de atendimento integrada formulada, há muitas vezes, pouco espaço para a escolha de um caminho diferente por parte da pessoa que usa drogas. Se por um lado grande parte dos usuários está satisfeita com o nível de benefícios e atendimentos recebidos, muitos sentem que, uma vez parte do sistema de cuidado, sua autonomia fica comprometida pelos rumos ditados pelas regras e requisitos impostos por serviços e trabalhadores.

As redes em Porto Alegre:

Em Porto Alegre a colaboração entre os trabalhadores se mostrou de forma diferente: enquanto existe um esforço para formar uma rede de cuidado entre trabalhadores em saúde e assistência, a segurança se encontra completamente fora desta rede. Para a maior parte dos trabalhadores cuidado e repressão não são compatíveis, e tanto os trabalhadores da rede de cuidado como os da rede de segurança acreditam ser melhor manterem-se distantes.

As redes entre os setores de cuidado são desenhadas entre serviços sociais como CREAS, abrigos, albergues, casas de passagem e equipes do programa Ação Rua; e serviços de saúde como Caps ads, clínicas de desintoxicação, emergências hospitalares, Estratégias de Saúde da Família, redutores de danos e comunidades terapêuticas. Em termos de estrutura, as redes são desenhadas por fluxos entre serviços de maior ou menor complexidade divididos em territórios geográficos. Os contatos são feitos através de telefonemas, reuniões para debater sobre os usuários assistidos por ambos, e atividades conjuntas como grupos, abordagens de rua, ou visitas domiciliares. Em geral, as razões que levam os trabalhadores em saúde a promover

redes com a assistência giram em torno da obtenção de recursos para os usuários: passagens de ônibus para ir ao tratamento, abrigo para as pessoas em situação de rua, benefícios como vale alimentação, e ajuda com a confecção de documentos pessoais. Trabalhadores em assistência, por sua vez, procuram seus colegas da saúde principalmente para referir pessoas que usam drogas para algum tipo de tratamento com relação ao uso, mas também para obter consultas de atenção básica em saúde e maiores informações ou suporte em como lidar com o uso, abuso e dependência de drogas.

Especialmente esta última atividade - o matriciamento - vem sendo gradualmente desenvolvida, incentivada por uma portaria governamental (Ministério da Saúde, 2010). O matriciamento, porém, ainda encontra desafios como a falta de tempo dos trabalhadores dos setores especializados em saúde, geralmente pelo foco no atendimento a um maior número de usuários (devido a grande demanda e insuficiente número de trabalhadores e recursos), em detrimento do investimento na formação de redes. O investimento em contatos e conexões com outros serviços é, muitas vezes, visto como uma carga a mais, e apesar de entendido como necessário e importante, fica relegado ao segundo plano. Se, por um lado, a falta de recursos pode prejudicar a formação de redes, por outro esta mesma escassez pode servir como dispositivo de busca das redes como solução. Como objetivo de compartilhar os poucos meios disponíveis, trabalhadores de diferentes serviços buscam uns aos outros para fazerem visitas domiciliares conjuntas para dividir meios de locomoção, partilham espaços e cotas de exames ou benefícios, e convidam trabalhadores de outros serviços para participar de grupos com pessoas que usam drogas e para fazerem circular informações sobre novos recursos disponíveis.

Um dos fatores mais importantes que influencia a participação dos trabalhadores nas redes diz respeito a sua função como trabalhador de campo. Apesar de que em Porto Alegre nem todos os serviços contam com trabalhadores que fazem busca ativa - semelhante à Amsterdam - estes trabalhadores são os que mais

dedicam tempo à produção de conexões e circulação na rede. Agentes redutores de danos, agentes de saúde, e educadores sociais de rua têm como centro de sua função ser um elo entre a comunidade que assistem e os serviços disponíveis para sua assistência. Neste sentido, são figuras extremamente importantes na dinâmica das redes, e as primeiras que sofrem com os desafios postos pela estrutura e racionalidade das redes.

Os trabalhadores do cuidado também encontram dificuldades para formação de rede entre si. Um desafio importante se refere à comunicação e circulação de usuários entre os diferentes níveis de cuidado: em geral, trabalhadores dos níveis mais básicos possuem dificuldades de encaminhar usuários para níveis mais complexos, sejam eles da área da saúde ou assistência. Especialmente aqueles trabalhadores que fazem a busca ativa das pessoas que usam drogas – trabalhadores de campo de serviços como Estratégias de Saúde da Família, programas do Ação Rua, Programas de Redução de Danos, e Consultório de Rua – sentem dificuldade de encaminhar as pessoas que atendem e desenvolver seu trabalho para além dos atendimentos de nível básico. Regras excessivas e critérios muito rígidos de entrada para as pessoas que usam drogas nos serviços especializados – como Caps ad, abrigos e albergues, clínicas de desintoxicação e emergências – são entendidos como sendo as barreiras fundamentais. Nos serviços especializados, por sua vez, os trabalhadores sentem-se pressionados a atender uma crescente demanda que ultrapassa em muito suas capacidades de pessoal e recursos. Critérios de entrada e permanência são gerados na tentativa de controlar a demanda incessante.

Um interessante ponto de análise para desvelar os desafios desta dinâmica é a observação das racionalidades (Musso, 2004) que atravessam a produção deste afunilamento entre os níveis de complexidade.

Duas questões centrais nesta dinâmica de rede constituem-se no entendimento, por grande parte dos trabalhadores dos níveis básicos de que: 1) para atender uma pessoa que usa drogas é central encaminhá-la ao tratamento do uso de drogas (como passo

fundamental, e muitas vezes antecedente a qualquer outro atendimento); e 2) que a internação em hospitais e clínicas de desintoxicação é a primeira (e às vezes única) ação /solução possível para o problema. O uso da droga é visto como o problema central, e como algo que deve ser abordado por serviços especializados. Trabalhadores dos serviços especializados em tratamento são vistos como únicos detentores de um saber que possibilita e legitima a abordagem do uso de drogas. Assim, perdem-se excelentes oportunidades de trabalhar o uso de drogas num nível básico, o que operaria tanto como prevenção ao abuso e dependência quanto como melhor direcionamento da demanda dos trabalhadores e usuários com relação ao tratamento especializado.

No caso da relação entre os setores de cuidado e segurança em Porto Alegre, o afastamento e evasão são as formas de comportamento geralmente presentes nas dinâmicas da não-rede. Além da falta de estrutura no sentido de incentivar iniciativas de integração entre os setores, as racionalidades e experiências de contatos conflitivos dos trabalhadores de ambas as áreas impedem ou rechaçam tal conexão como positiva. Em geral, trabalhadores da segurança se sentem julgados e não reconhecidos pelos seus colegas dos setores do cuidado em seu papel de proteção à comunidade. Ao mesmo tempo acreditam que seus objetivos de ordem e segurança não são compatíveis com os objetivos de ajuda e proteção às pessoas que usam drogas que seus colegas dos setores de saúde e assistência social possuem. Neste sentido, acreditam que a aproximação, além de não trazer benefícios, pode prejudicar sua prática, posto que tais visões contraditórias repercutiriam em choques de atividades na prática, onde trabalhadores do cuidado não conseguiriam entender as práticas necessárias para garantir a segurança da população.

Outro desafio apontado pelo setor da segurança, especialmente pela polícia militar, é a demanda por parte dos trabalhadores do cuidado de que a segurança aja em situações onde não possui preparo e materiais adequados, ou, ultimamente, onde não seria seu papel. Um exemplo são as chamadas para abordar

peças em surto psicótico ou agressivo e sob efeito de substâncias psicoativas. Segundo os policiais pode ser esperado de um profissional de saúde ter as técnicas para lidar com estas situações, mas não faz parte do treinamento e formação dos policiais dar atendimento adequado neste sentido. Ao mesmo tempo em que aceitam esse papel, já que não há outro órgão para fazê-lo, sentem que não deveriam ser responsáveis por tal, e acabam sendo julgados por exercer este papel de uma maneira vista como desrespeitosa aos direitos do cidadão.

Tal visão é corroborada pelos trabalhadores do cuidado, que entendem o setor da segurança como demasiadamente repressivo e violento. A racionalidade (Musso, 2004) que guia o afastamento do setor da segurança se constrói no argumento de que, qualquer movimento de aproximação destes trabalhadores, poderá romper o vínculo construído com as pessoas que usam drogas. Já que a polícia é vista como “inimigo” por parte dos usuários, acordos de trabalho entre cuidado e segurança produziram inevitavelmente o afastamento das pessoas que usam drogas e outros usuários estigmatizados pela falta de confiança, e, por outro lado, pelo medo que teriam de uma abordagem repressiva e/ou punitiva.

Trabalhadores que fazem busca ativa, especialmente aqueles que assistem a população em situação de rua, sentem que o trabalho de repressão policial dificulta o seu trabalho por operar um constante deslocamento territorial dos usuários. Isto aumenta a dificuldade de encontrar as pessoas para desenvolver uma abordagem continuada, e fomenta a desconfiança das pessoas atendidas por trabalhadores e ações governamentais. A percebida violência policial com relação às pessoas que usam drogas, especialmente aquelas estigmatizadas por sua condição de vulnerabilidade social, é um ponto fundamental de conflito.

Por outro lado, a mesma repressão criticada pelos trabalhadores do cuidado pode ser muitas vezes utilizada e esperada pelos mesmos para lidar com situações limite onde não veem outra solução. Em situações de violência ou risco percebidas como extremos

os trabalhadores do cuidado contam com o setor de segurança para o manejo do conflito. Interessante notar aqui o papel, não só da polícia, como também dos Conselhos Tutelares. Apesar de estes serviços terem sido criados com a função de proteger o direito das crianças e adolescentes, na prática acabaram muitas vezes por terem uma imagem mais ligada à repressão e à segurança nas comunidades e nos próprios serviços e outros setores de cuidado. Esta visão possibilita com que trabalhadores em saúde e assistência utilizem o Conselho Tutelar como ameaça nas comunidades na tentativa de modificar comportamentos dos usuários, o que reforça a visão deste órgão como repressor mais do que garantidor de direitos.

O que as redes produzem?

A formação de redes, em ambas as cidades, trouxe tanto potências quanto desafios. Como potência encontra-se o acesso ampliado ao sistema de bem estar social, o aumento da integralidade, equidade e universalidade no atendimento à pessoa que usa drogas. No campo dos desafios, aparecem as dificuldades de negociação entre os diferentes objetivos, linguagem profissional e modelos de ação adotados pelos trabalhadores e serviços das diversas áreas. Em geral, as redes tanto entre as áreas de cuidado, quanto entre cuidado e segurança se encontram mais desenvolvidas em Amsterdam que em Porto Alegre. Isto, no entanto, não significa que em Amsterdam não há desafios. Variações na estrutura da rede – desenho de fluxos, tipos de serviços, diretrizes, histórico das políticas e disponibilidade de recursos - explicam parcialmente as diferenças. Mais importante, a dinâmica e a racionalidade que operam nas redes definem o caráter da interação entre os diferentes atores. A circulação de trabalhadores e as conexões realizadas dependem em grande parte das justificativas que os levam a construir redes, e dos conceitos de cuidado, redução de danos e segurança empregados.

Racionalidades onde o tratamento e a desintoxicação assumem o papel principal no imaginário das soluções para o uso de drogas

acabam por produzir dificuldades na formação de redes em cuidado entre os diferentes níveis de complexidade. Da mesma forma, racionalidades que percebem cuidado e segurança como não compatíveis, produzem extremas dificuldades ou ausência de redes entre cuidado e segurança. Em ambos os casos, o sistema de rede produzido possui demasiados furos, por onde as pessoas que usam drogas 'escapam'. Muito frequentemente tais furos fazem com que usuários se mantenham à margem do cuidado, e fiquem presos a diferentes curtos-circuitos que não auxiliam para uma melhora na sua qualidade de vida (ex: situação de rua → desintoxicação → situação de rua; envolvimento com o tráfico → prisão → envolvimento com o tráfico).

De outra forma, quando as racionalidades focam na percepção do trabalho integrado como benéfico, e as soluções para o uso de drogas como variadas (assistência social e trabalho, serviços de baixa exigência, e diferentes formas de tratamento), a formação de redes pode significar um maior acesso aos benefícios disponíveis tanto para trabalhadores quanto para usuários. A integração e divisão das atividades entre os setores melhora a gestão dos recursos, e auxilia na prevenção de atividades conflitivas e/ou repetidas por diferentes serviços, tornando o sistema de bem-estar social e segurança mais efetivos. Neste sentido, as redes intra e intersectoriais operam na promoção da circulação de informações, conhecimento e recursos, facilitando a utilização de serviços por parte de usuários e trabalhadores de acordo com as necessidades de ambos.

Por outro lado, redes de cuidado e segurança bastante desenvolvidas podem também produzir um controle excessivo da circulação das pessoas que usam drogas, bem como das atividades dos trabalhadores. Quando a racionalidade para a construção de redes foca demasiadamente no controle que ela produz, as próprias redes podem dificultar a invenção de novas formas de trabalho, produzindo um engessamento por combinações e regras previamente traçadas. Para as pessoas que usam drogas, se por um lado a rede representa maior acesso ao cuidado, por outro traz um maior controle de suas

ações. Em caráter excessivo, este controle pode levar ao afastamento do cuidado e produzir práticas repressivas dentro de uma pretensão lógica de redução de danos.

Referências:

Colebatch, H. K. (2004). *Policy*. Maidenhead, U.K.: Open University Press.

Hammett, T. M., Bartlett, N. A., Chen, Y., Ngu, D., Cuong, D. D., Phuong, N. M., Des Jarlais, D. C. (2005). Law enforcement influences on HIV prevention for injection drug users: Observations from a cross-border project in china and Vietnam. *International Journal of Drug Policy*, 16(4), 235-245.

Hunter, G., McSweeney, T., & Turnbull, P. J. (2005). The introduction of drug arrest referral schemes in London: A partnership between drug services and the police. *International Journal of Drug Policy*, 16(5), 343-352.

Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.

Lei n.8080 de 19 setembro de 1990, (1990), disponível no site <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080>, acessada em junho de 2014.

Portaria n. 4135 de dezembro de 2010, (2010), disponível no site http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4135_17_12_2010.html, acessada em junho de 2014.

Musso, P. (2004). A filosofia da rede. In A. Parente (Ed.), *Tramas da rede novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação*. Porto Alegre: Sulina.

- Plomp, H. N., Hek, H. V. D., & Ader, H. J. (1996). The Amsterdam methadone dispensing circuit: Genesis and effectiveness of a public health model for local drug policy. *Addiction*, 91(5), 711-722. doi:10.1046/j.1360-0443.1996.9157117.x
- Rigoni, R. (2015) *Between Care and Order: Street-Level Workers' Discretion and Drug Policies in Amsterdam (the Netherlands) and Porto Alegre (Brazil)*. Tese de Doutorado. Amsterdam: Erasmus University Rotterdam. Disponível em: <http://repub.eur.nl/pub/78062/>
- Van der Gouwe, D., Ehrlich, E., & van Laar, M. W. (2009). In Institute T. (Ed.), *Drug policies in the Netherlands* Ministry of Health, Welfare and Sport; Ministry of Foreign Affairs.
- Vermeulen, E. C., & Walburg, J. A. (1998). What happens if a criminal can choose between detention and treatment: Results of a 4 year experiment in the Netherlands. *Alcohol & Alcoholism*, 33(1), 33-36.
- Zambenedetti, G., & Silva, Rosane Azevedo Neves da. (2008). A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no brasil. *Psicologia Em Revista*, 14(1), 131-150.