

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
REGIONAL – MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Emanuelli Paludo

POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS: A IMPLEMENTAÇÃO EM
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO
SUL/RS

Santa Cruz do Sul
2016

Emanueli Paludo

**POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS: A IMPLEMENTAÇÃO EM
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO
SUL/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado; Área de concentração em Desenvolvimento Regional; Linha de Pesquisa em Estado, Instituições e Democracia; Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Prof. Dra. Cláudia Tirelli

Santa Cruz do Sul

2016

Emanuelli Paludo

**POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS: A IMPLEMENTAÇÃO EM
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO
SUL/RS**

Esta dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado; Área de concentração em Desenvolvimento Regional; Linha de Pesquisa em Estado, Instituições e Democracia; Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Dra. Cláudia Tirelli

Professora Orientadora – UNISC

Dra. Luciana Leite Lima

Professora Examinadora – UFRGS

Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa

Professora Examinadora – UNISC

Santa Cruz do Sul

2016

AGRADECIMENTOS

Existem momentos na vida da gente, em que as palavras perdem o sentido ou parecem inúteis e, por mais que a gente pense numa forma de empregá-las, elas parecem não servir. Então a gente não diz, apenas sente.

Sigmund Freud

Esta frase é praticamente a tradução perfeita para este momento. Um momento de sentir! Sentir medo e insegurança, sentir alegria e exaustão, sentir transformação, sentir gratidão...

Especialmente gratidão!

Assim, gostaria de agradecer a todas as pessoas que me acompanharam nesta trajetória, em mais esta conquista, que acreditaram em mim quando nem eu acreditava que seria possível.

As pessoas mais importantes sempre serão os meus pais: Nair e Antonio. Sou grata a vocês pela vida que me deram, pelo suporte, carinho e cuidado dispensados a mim em todas as fases da minha (até então, breve) vida.

Para vocês, agradeço principalmente pela alma sensível que habita meu ser, pois sem ela eu não entenderia a profundidade da vida, seria mais uma poça rasa. Foram vocês que me ensinaram a não julgar, a não apontar defeitos, me pegaram pelas mãos e me ensinaram a ter empatia e compreensão, a buscar o melhor nas pessoas. Talvez, isso faça de mim uma tola por acreditar em um mundo melhor em momentos tão desacreditados e de relações frágeis, a questão é que agora já não posso fazer nada; vou seguir procurando por este mundo melhor e por mais finais felizes, mesmo que pequenos, mas intensos.

Aos meus tios/dindos Jaime e Ilda obrigada por sempre estarem por perto, tornando-se assim segundo pai e segunda mãe. O amor de vocês é imensidão que se faz presente em um pequeno gesto, como uma simples ligação telefônica para saber como estou!

À minha orientadora, prof^ª Claudia Tirelli, sou grata pela compreensão, suporte e conhecimentos transmitidos. Obrigada por acreditar na potencialidade deste trabalho e mostrar que era possível se transformar em algo concreto! Da mesma forma, sou grata aos demais professores do programa e a CAPES, pela bolsa de pesquisa concedida, sem a qual não seria possível a realização deste trabalho.

À prof^a Edna Linhares Garcia, primeira pessoa que me acolheu no curso de Psicologia da UNISC, em 2007, quando iniciou minha paixão pela profissão, e após quatro anos como minha orientadora pelas tramas do Inconsciente! Levo-te em meu coração desde então, como uma inspiração, um exemplo de profissional ética e humana. A ti, obrigada por sempre acreditar em mim, enxugar minhas lágrimas e compartilhar sorrisos, conselhos e conhecimentos.

Aos meus amigos, que não são muitos. Ainda que não haja como mencioná-los individualmente, gostaria de lhes dizer as palavras do poeta Mário Quintana, que nos lembra de que a amizade é um amor que nunca morre. Neste sentido, gostaria de lembrá-los que sempre estiveram e para sempre vão estar presentes em meus pensamentos, não importa a existência da distância física ou, então, mesmo que nossos contatos estejam escassos, o lugar de vocês está muito bem guardado, pela minha eternidade. Sou grata por ter encontrado cada um de vocês na vida, na graduação, no mestrado e nas mais inesperadas formas de encontro...

Por fim, deixo claro, gritando aos quatro ventos, que todos vocês são parte do que me tornei e estarão representados, dentro de mim, nas pequenas lutas diárias por um fazer mais coletivo, por relações mais humanas e por um mundo melhor com muitos finais felizes. A convivência com cada um de vocês – no real ou no virtual, quando a distância física é maior – é potência de vida.

Sou grata!

RESUMO

A literatura sobre implementação de políticas públicas, apesar de ainda ser considerada por alguns autores como o elo perdido do ciclo de políticas públicas, vem ganhando maior ênfase nos estudos desenvolvidos no Brasil. O processo de implementação é compreendido para além da execução de metas e objetivos estabelecidos pelos formuladores em nível federal e distante das realidades dos territórios onde a política se torna ação. Neste sentido, este trabalho pretende investigar como ocorre o processo de implementação de políticas públicas sobre drogas em Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Cruz do Sul/RS, a partir do discurso dos agentes implementadores. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas e contou com a participação de 19 profissionais, sendo eles: enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos, dentistas, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, assistente social e redutor de dano. Para a apreciação do material coletado, utilizou-se a análise do discurso, posto que esta técnica permite compreender o discurso como uma prática construída histórica, social e culturalmente. Utilizou-se o programa NVIVO 10 para a categorização e análises dos dados qualitativos. Como resultados da análise, observa-se que os agentes implementadores, atuantes na rede de saúde de Santa Cruz do Sul, não reconhecem as práticas na atenção básica direcionadas à problemática das drogas, como implementação de políticas públicas, assim como também não consideram como sua função atender demandas relacionadas ao uso de drogas, direcionando esta prática ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. De acordo com os relatos obtidos, esses agentes não possuem acesso à formação especializada sobre o tema e são desprovidos de recursos financeiros, humanos e materiais adequados para enfrentar os constrangimentos, gerando sentimentos de insegurança e desamparo pela rede de saúde.

Palavras-chave: Implementação de Políticas Públicas. Drogas. Estratégias de Saúde da Família.

ABSTRACT

The literature on implementation of public politics, although still being considered by some authors as the lost link of the public politics cycle, is gaining greater emphasis on studies carried out in Brazil. The implementation process is comprised beyond the implementation of goals and objectives set by makers at the federal level and far from the realities of the territories where the politics becomes action. In this sense, this paper aims to investigate how is the process of implementing public politics on drugs at family's Health Strategies of the city of Santa Cruz do Sul/RS, from the discourse of implementing agents. The data collected occurred through semi-structured interviews and included the participation of 19 professionals, being them: nurses, nursing technicians, doctors, dentists, oral health assistants and community health workers, social worker and damage reducer. To assess the material collected, we used discourse analysis, since this technique allows us to understand the speech as a constructed historical practice, socially and culturally. We used the program NVivo 10 for the categorization and analysis of qualitative data. As results of the analysis, it is observed that the implementing agents, working in the health system Santa Cruz do Sul, do not recognize the practices in primary care directed at the problem of drugs, as implementation of public politics and also do not consider as their function meet demands related to drug use, directing this practice to the Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs. According to obtained reports, these agents don't have access to specialized training on the subject and are devoid of financial, human and materials to meet the constraints, generating feelings of insecurity and helplessness by the health system.

Keywords: Implementation of Public Politics. Drugs. Health strategies of the Family.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estrutura do Sistema Nacional Antidrogas – SISNAD	p. 24
Figura 2 – Visão Clássica do Policy Cycle	p. 42
Figura 3 – A visão do Policy Cycle como um processo simples e linear	p. 43
Figura 4 – O Policy Cycle como aprendizado	p. 43
Figura 5 – A Rede de Atenção à Saúde Mental	p. 68
Figura 6 – Conformação da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas	p. 69
Quadro 1 – Composição da equipe na ESF A	p. 71
Quadro 2 – Composição da equipe na ESF B	p. 72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
BME – Burocratas de Médio Escalão
BNR – Burocratas de Nível de Rua
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CEMAS – Centro Municipal de Atendimento à Sorologia
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CONAD – Conselho Nacional de Política sobre Drogas
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRP – Conselho Regional de Psicologia
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS – Departamento de Informação do SUS
EMEI – Escola de Educação Infantil
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FMS – Fundação Municipal de Saúde
FNS – Fundação Nacional de Saúde
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIUAD – Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Política Nacional sobre Drogas
PSF – Programa de Saúde da Família (PSF)

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 A SAÚDE E AS DROGAS: UMA BREVE REVISÃO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL.....	16
1.1 As Drogas e as Políticas Públicas sobre Drogas no Cenário Brasileiro Contemporâneo	17
1.2 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde.....	31
1.3 A Descentralização como Princípio do SUS	33
2 “ELO PERDIDO” DO <i>POLICYCYCLE</i> ? O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS A PARTIR DOS AGENTES IMPLEMENTADORES	38
2.1 Os Modelos Top Down e Bottom Up.....	45
2.2 Atuação dos Agentes Implementadores e o Poder de Discricionariedade.....	48
3 OS ESPAÇOS INSTITUCIONAIS DA SAÚDE: AS DIFERENTES COMPLEXIDADES DO FAZER EM SAÚDE.....	59
3.1 As Estratégias de Saúde da Família no Contexto de Fortalecimento da Atenção Básica.....	62
3.2 As Estratégias de Saúde da Família no Cuidado aos Usuários de Drogas.....	66
3.3 As Estratégias de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul: procedimentos metodológicos	70
4 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS: A IMPLEMENTAÇÃO NAS ESTRATÉGIAS DA FAMÍLIA DA FAMÍLIA EM SANTA CRUZ DO SUL	75
4.1 Os Discursos sobre Drogas e Políticas Públicas	75
4.2 Os Discursos sobre Políticas Públicas	81
4.3 Implementação: a discricionariedade dos agentes implementadores na produção de cuidado no cotidiano das ESFs	82
4.4 A visão dos diferentes profissionais sobre recursos e constrangimentos	87
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	93
ANEXOS	101

INTRODUÇÃO

A problemática envolvendo o uso de drogas não é uma questão dos dias de hoje. Segundo Carneiro (2002), as drogas estiveram presentes em todas as configurações de sociedade que já existiram, desde o uso de álcool, cafeína, ópio e outras ervas alucinógenas, relacionadas a diversas finalidades.

No livro *O mal-estar na civilização*, de 1930, Sigmund Freud chama atenção para a existência de uma dificuldade inerente à condição humana que se apresenta diante do enfrentamento da realidade, e destaca que, para suportar esta dificuldade, a humanidade busca por mecanismos de fuga, incluindo as drogas.

Freud (1930) também adverte que as drogas integram uma parte do conjunto de táticas que a humanidade sempre empregou para entorpecer a consciência e assim tentar afastar de si as adversidades desencadeadas pelo próprio organismo, bem como os infortúnios derivados do mundo externo. Desta maneira, fazendo uso destes mecanismos, o sujeito seria capaz de se tornar protegido daquilo que pode vir a causar desconforto e sofrimento.

Esta constatação se aproxima de uma concepção que compreende o uso de drogas como uma questão social, cultural e histórica, apesar de se destacar como uma das grandes preocupações da atual sociedade.

Nos dias de hoje, as drogas aparecem relacionadas com a criminalidade e a doença, e é neste sentido que os processos de drogadição se apresentam como novidade dos últimos anos. Além disso, Birman (2014, p. 24) também destaca o aumento do uso de drogas ilícitas: “assim, não existe qualquer dúvida de que nas últimas décadas, no Ocidente, ocorreu não apenas um incremento ostensivo do uso de drogas ilegais, como a emergência e a oferta de novas modalidades de drogas aumentaram decisivamente na atualidade”.

Neste sentido, as primeiras políticas públicas brasileiras, datadas no início do século XX, acompanhando as influências do cenário internacional, instituíram um aparato jurídico-institucional com a finalidade de promover medidas para o controle e a repressão à oferta e ao uso de drogas, entendendo a questão como um problema de segurança e saúde públicas, a partir de uma visão moralista marcada pela lógica higienista de ameaça à ordem social (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Entretanto, a década de 2000 representou para o Brasil uma mudança no panorama de prioridades de políticas públicas, com maior destaque para as políticas sociais de redução da pobreza (investimentos em geração de renda, educação, saúde, esporte, etc.). Neste conjunto de políticas, a saúde assumiu o segundo maior orçamento (MACHADO et al., 2011), com

impactos na visão higienista sobre saúde até então vigente e que também impactou sobre a problemática das drogas.

Nesta mesma década, dentro das políticas públicas de saúde, o tema das drogas e das políticas públicas sobre drogas têm provocado uma crescente preocupação por parte dos decisores políticos, dos profissionais da saúde, da mídia e da sociedade em geral.

Esta preocupação evidencia-se em várias situações, entre as quais se salientam as seguintes: i) o incremento da produção de documentos elaborados pelos governos e entidades não governamentais sobre o tema das drogas; ii) a realização de cursos, seminários, congressos e fóruns de discussão em relação à drogadição; iii) o aumento da produção de pesquisas científicas¹ (levantamentos sobre o uso em populações específicas, Relatório Brasileiro sobre Drogas); e iv) o surgimento de campanhas e reportagens midiáticas voltadas ao enfrentamento e prevenção às drogas.

Neste cenário de inquietação, os profissionais da saúde têm sido o público alvo constante de eventos, cursos de formação continuada e de pesquisas. Este foco tem relação com o papel desempenhado pelos profissionais da saúde, pois são eles os responsáveis pelo processo de implementação das políticas em relação ao acolhimento, triagem, encaminhamento e cuidado da saúde dos usuários de drogas e de seus familiares.

Diante do exposto acima, pode-se perceber que um importante passo na consolidação de uma política pública para o cuidado integral ao usuário de drogas é a sua implementação. Este processo é a etapa onde a política pública é materializada, cabendo aos atores sociais presentes neste campo a sua aplicação. Neste processo, os profissionais da saúde são protagonistas na implementação das políticas sobre drogas, e não meros executores.

Desta forma, os objetivos que sustentam este trabalho pretendem analisar como as políticas públicas sobre drogas estão sendo levadas a cabo pelos agentes implementadores de Santa Cruz do Sul/RS, BNR e BME do município e da Coordenaria Regional de Saúde, a partir da escuta desses atores, sobre suas concepções de drogas, práticas de trabalho e políticas públicas.

Assim, para o desenvolvimento desta pesquisa, serão consideradas as seguintes políticas: Política Nacional sobre Drogas, Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a Rede de Atenção Psicossocial e a Portaria da Redução de Danos. Estas políticas, sendo do campo da saúde, são atravessadas pelos princípios e diretrizes do SUS. Neste sentido, este trabalho compreende o território como

¹ Os relatórios completos de levantamentos sobre consumo de drogas, realizados pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, estão disponíveis online: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>.

campo central das práticas em saúde, a partir do entendimento da Atenção Primária em Saúde como local de maior descentralização da rede de saúde e, portanto, de fundamental importância para o trabalho no campo das drogas (BRASIL, 2012a).

Esta pesquisa trata-se de uma investigação de ordem qualitativa que não procura analisar sucessos ou insucessos de política pública para, então, estabelecer generalizações de como as políticas públicas sobre drogas estão sendo implementadas pelas ESFs. Diferentemente disso, este é um estudo que objetiva compreender a dinâmica de implementação de políticas sobre drogas na atenção básica levando em consideração os discursos e práticas dos agentes implementadores.

Compreende-se que a implementação das políticas públicas ocorre diferentemente nos distintos territórios. Neste sentido, a pesquisa se justifica a fim de conhecer como se dá este processo em ESFs caracterizadas por sua localização em territórios onde a questão das drogas de faz presente de maneira mais visível, seja pelo elevado número de usuários de drogas ou pela questão do tráfico.

No que diz respeito à estrutura do trabalho, esta dissertação está dividida em quatro capítulos, conforme descrito a seguir: o primeiro capítulo apresenta a discussão sobre as políticas públicas de saúde e a questão das drogas no Brasil, com destaque para a descentralização como diretriz do SUS, que caracteriza a atenção básica; o segundo capítulo aborda as distintas perspectivas teóricas sobre o processo de implementação de políticas públicas, com ênfase na perspectiva dos agentes implementadores; o terceiro capítulo retrata os níveis de atenção à saúde preconizados pelas políticas públicas de saúde, com ênfase na atenção básica enquanto campo de práticas no qual se desenvolveu a pesquisa; finalmente, o quarto capítulo expõe os resultados e as análises da pesquisa.

Cabe destacar que a investigação empírica teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISC) e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por cada participante (Anexo B).

Apesar da complexidade do tema, este trabalho pretende contribuir para uma melhor compreensão do fenômeno estudado, a fim de promover a produção de conhecimento sobre a realidade de Santa Cruz do Sul no que diz respeito à implementação de políticas públicas sobre drogas nas ESFs, bem como discutir o aprimoramento e a qualificação destas políticas de acordo com a realidade dos agentes implementadores.

Iähnig (2013, p. 25) aponta que as políticas públicas sobre drogas “são recentes e têm a função de resgatar o tempo perdido, mostrando-se carentes de reflexão a partir de resultados concretos”. Para tanto, é fundamental que estudos sejam desenvolvidos constantemente, para

reflexão e avaliação do que vem sendo preconizado pelas políticas públicas e o que efetivamente está ocorrendo na realidade dos serviços de saúde.

1 A SAÚDE E AS DROGAS: UMA BREVE REVISÃO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Neste capítulo pretende-se apresentar um panorama histórico que demonstre como a questão das drogas e das políticas públicas de saúde apresentou-se em diferentes momentos da sociedade brasileira, resultando na produção e legitimação de distintos modelos de intervenção.

O resgate histórico do cenário brasileiro sobre políticas públicas e as drogas se faz necessário considerando que, segundo o Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas do Conselho Federal de Psicologia (CREPOP/CFP),

A análise da constituição de um campo de cuidados relacionado ao uso de drogas no Brasil pode ficar incompreensível se não acionamos as perspectivas históricas que nos ofereçam elementos que permitam identificar as fontes das quais proveem (sic) a produção de uma certa “sensibilidade social nacional” materializada nos valores, ideias e práticas que nos especificam em relação a esta temática e dão base, entre nós, ao processo de institucionalização dos saberes e fazeres relacionados ao campo de atuação em álcool e outras drogas (CREPOP/CFP, 2013, p. 19).

Atualmente, no Brasil, existem duas vertentes predominantes no campo de atuação direcionado ao entendimento das drogas e de seus usuários: o modelo antidrogas e o modelo da redução de danos. Segundo Passos (2010), o primeiro modelo corresponde a uma visão tradicional, baseada em uma concepção reducionista e proibicionista em relação às drogas.

Esta visão resulta em intervenções que procuram reprimir o uso de drogas e estabelecer ações de controle da produção a fim de reduzir a demanda e a oferta. Esta abordagem representa o modelo de guerra às drogas, vinculado principalmente ao campo da justiça e da segurança pública. Segundo o CREPOP/CFP (2013, p. 26), “[...] a política proibicionista foi o nome dado às ações que visavam pôr fim à produção, comércio e consumo de determinadas substâncias psicoativas”.

Em contrapartida a essa visão, surge o segundo modelo: a abordagem da Redução de Danos. O movimento em defesa da Redução de Danos (RD) no Brasil procurou ressignificar a questão da drogadição a partir de uma perspectiva que apoiava o aumento do protagonismo dos usuários e que começou a se estabelecer, no campo da saúde, nos anos de 1980, em um contexto de fortalecimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica (PASSOS, 2010).

Segundo Mota (2011, p. 16), o posicionamento do Ministério da Saúde, que coloca a discussão sobre as drogas no campo da saúde pública, considera o tema a partir de uma visão de “problema das drogas”, o que requer uma resposta intersetorial e articulada com uma rede

de assistência, em oposição a concepções reducionistas de “combate às drogas”, calcadas no controle, na repressão e higiene social para o (re)estabelecimento da ordem social.

Neste sentido, conforme Bello (2015, p. 18) destaca: “Para a saúde pública, a abordagem do uso de substâncias e suas consequências está focada na pessoa e seu direito à saúde”. Desta forma, é proporcionada uma nova perspectiva para a problemática das drogas. Passos (2010) irá afirmar, com base nessa visão, que a abordagem da RD propõe o cuidado e o acolhimento ao usuário de drogas a partir do abandono de um modelo moral.

Esta perspectiva, que sustenta a política do Ministério da Saúde, defende a descriminalização do uso de drogas e a humanização nos atendimentos prestados pelos serviços de saúde, promovendo o aumento da qualidade de vida dos usuários e de seus familiares, em acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1 As Drogas e as Políticas Públicas sobre Drogas no Cenário Brasileiro Contemporâneo

Ao trabalhar com a problemática do uso, abuso e/ou dependência das drogas é importante problematizar algumas questões que atravessam a produção dos diferentes sentidos que a droga assume. Neste sentido, primeiramente, faz-se importante conceituar o que é considerado “drogas”.

Segundo a Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, “consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União” (BRASIL, 2008, s.p.). Para o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)

O termo droga tem origem na palavra drog², proveniente do holandês antigo e cujo significado é folha seca. Esta denominação é devido ao fato de, antigamente, quase todos os medicamentos utilizarem vegetais em sua composição. Atualmente, porém, o termo droga, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, abrange qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento (OBID, 2007, s.p.).

A partir destas definições, pode-se observar que são consideradas drogas todas as substâncias produzidas pelo ser humano ou pela natureza e que modificam o funcionamento de uma ou mais funções da pessoa que consome, incluindo as substâncias lícitas e ilícitas. Desta forma, Nunes e Jólluskin (2007) propõem que ocorra uma discussão aprofundada sobre

² Não há destaque no texto original.

as representações sociais que cercam a temática, destacando a necessidade de expandir a discussão do lícito-ilícito para outros aspectos, que consigam, por sua vez, contemplar a complexidade da problemática das drogas para além da marginalização das drogas ilícitas.

Desta forma, discutir sobre drogas envolve uma tentativa de romper com um sistema binário que as classifica entre lícitas (bem) ou ilícitas (mal), pois uma droga se torna aceita ou proibida por meio de uma construção social que não tem, necessariamente, relação com o fato de ser nociva ou saudável, já que o entendimento sobre drogas, saúde e doença se modifica nas diferentes culturas e se transforma através do tempo (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

Para Corrêa (2010), cabe, então, a questão: o que está em jogo quando se fala em drogas?

Na atualidade, nesse final da primeira década do século XXI, quando dizemos droga nos referimos à ameaça à vida, à coisa que mata, ou então, como se diz muito por aí, principalmente nos meios especializados, a algo que altera a percepção, ou que altera as funções normais do organismo (CORRÊA, 2010, p. 168).

Esta é uma percepção que se mantém nos dias de hoje. No entanto, MacRae (2007) afirma que o uso de drogas já assumiu diversas finalidades, passando pelo uso recreativo, busca por estados alterados de consciência, práticas religiosas, místicas ou medicinais. Segundo Ronzani et al. (2015), atualmente já existem evidências antropológicas que demonstram como diferentes culturas incorporam o uso de drogas.

Neste sentido, Garcia et al. (2013, p. 18) afirmam: “[...] o uso de drogas pode representar uma possível demanda de tratamento, mas não devemos esquecer que pode também representar um modo de ser e de estar no mundo, uma escolha que deve ser respeitada numa sociedade de direitos”. Ou seja, o uso de drogas, que entrou na agenda governamental, principalmente na década de 2000, devido à sua relação com o tráfico, com a criminalidade e com a necessidade de tratamento dos usuários, nem sempre esteve relacionado a um posicionamento antidrogas e de ameaça à vida.

MacRae (2007, p. 1) demonstra esta relação do uso de drogas com os processos históricos ao afirmar que, até o século XIX, o uso de drogas assumia outros sentidos que não o de ameaça à vida e à sociedade, estando presente “[...] no bojo de rituais coletivos ou orientado por objetivos que a sociedade reconhecia como expressão de seus próprios valores”, por exemplo, em rituais religiosos e práticas curativas. Nessas circunstâncias, o uso de drogas não era percebido como uma ameaça para a sociedade e, conseqüentemente, as preocupações

em relação ao uso dessas substâncias não integravam o campo de discussões das políticas públicas, ficando fora da agenda dos governos.

Com a chegada do século XX, o debate começa a receber novos enfoques devido às características epidêmicas que o consumo de drogas assumiu. É no início século XX que se iniciam as primeiras intervenções do governo brasileiro direcionadas à problemática da drogadição, por meio de decretos que proibiam e criminalizam o uso e a comercialização de drogas (ALVES, 2009; MACHADO; MIRANDA, 2007; MOTA, 2011). Observa-se que a questão da drogadição começa a despertar o interesse dos governantes devido à sua associação com a delinquência e a criminalidade.

Na década de 1950, as inquietações diante das discussões sobre o tema das drogas se referiam aos danos relacionados a questões de natureza individual. As políticas públicas buscavam fiscalizar e normatizar a venda de determinadas substâncias; neste contexto, ainda não se mensuravam os prejuízos sociais diante do uso de drogas.

Na década seguinte, as políticas públicas brasileiras, com base na discussão que ocorria a nível internacional, já haviam constituído uma lista que apontava para as substâncias consideradas entorpecentes: era a Convenção Única sobre Entorpecentes, além do Decreto-Lei n. 159, “[...] que equiparou as substâncias entorpecentes a aquelas capazes de determinar dependência física ou psíquica para os fins penais de fiscalização e controle” (GAZOLLA, 2008, p. 22).

Ainda na década de 1960, começaram a ser realizadas as primeiras convenções internacionais a fim de mobilizar alguns Estados-Nações, inclusive o Brasil, para investir em ações e programas de repressão ao tráfico, num movimento que ajudou a disseminar o modelo de guerra às drogas em nível mundial (IÄHNIG, 2013).

Segundo MacRae (2007), a década de 1960 também trouxe inovações ao tema das drogas no âmbito acadêmico brasileiro, pois foi neste período que elas tornaram-se objeto de pesquisa, consideradas a partir de um enfoque biopsicossocial. Este enfoque começou a obter destaque através do interesse de pesquisadores por estudos sobre doenças, principalmente as transmitidas pelo sangue.

No contexto brasileiro dos anos de 1970, Machado e Miranda (2007) descrevem uma crescente preocupação no sentido de mobilizar intensamente o país na direção da repressão ao uso de drogas, uma vez que a população brasileira assistia ao aumento da oferta de produtos e à diminuição dos preços no mercado das drogas, principalmente em relação à cocaína. É nesta mesma época que o saber médico passou a legitimar as ações do Estado no que diz respeito à problemática das drogas.

Neste momento, as políticas públicas brasileiras encontravam-se fortemente atravessadas pela influência do discurso médico – principalmente da psiquiatria – e pela hegemonia de uma perspectiva clínico-individualista. Estes fatores contribuíram para a psiquiatrização dos usuários de drogas, fornecendo elementos de sustentação para a repressão e para o controle do uso através da criação de um aparato jurídico-institucional que se utilizava de dispositivos psiquiátricos e jurídicos. Estes dispositivos tinham como objetivo prestar assistência aos usuários, a fim de “[...] salvar, recuperar, tratar e punir” (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 804).

Desta forma, observa-se uma perspectiva que relacionava, por um lado, as drogas e a criminalidade e, por outro, as drogas e a doença mental. Entre estes campos, “[...] o que prevalecia não era o direito à saúde, com a garantia de tratamento à dependência de drogas, mas sim a reabilitação criminal do viciado” (ALVES, 2009, p. 2314).

Machado e Miranda (2007) destacam a década de 1970 como o momento em que houve o estabelecimento de uma afinidade entre os discursos, sustentados pelo conhecimento da psiquiatria, e a prática, representada nos mecanismos de controle e repressão empregados pela justiça. Neste sentido, as ações aplicadas pelo Estado estavam regularizadas e autenticadas pelo saber científico presente no discurso médico. Desta forma, se o uso de drogas era considerado uma doença, logo o usuário de drogas estaria doente.

Neste momento, deixa de vigorar uma ordem religiosa e moral em relação ao uso de drogas para se fortalecer uma ordem de valorização dos aspectos farmacológicos e de compreensão do uso de drogas como uma doença (dependência química) de origem biológica e/ou mental. Desta forma, os discursos produzidos sobre o usuário de drogas consideravam-no um organismo sem sujeito, um corpo adoecido e conduzido por uma substância, a droga. Segundo Mota (2011), é a partir do predomínio de uma representação de usuário doente (e muitas vezes, delinquente) que surgem as intervenções baseadas em abordagens punitivas e de exclusão social.

Percebe-se, assim, que as políticas públicas brasileiras vigentes neste período não mencionavam quaisquer preocupações com a saúde e o bem-estar do usuário de drogas, uma vez que a sua principal preocupação estava direcionada para a construção de políticas de segurança pública mais rígidas.

Conseqüentemente, as intervenções do Estado foram destinadas à criminalização, fiscalização e repressão ao uso e à comercialização das drogas ilícitas. Com relação aos usuários, foi imposta como única regra viver regidos pela lógica da abstinência, situação que poderia ser conquistada por meio da reclusão em prisões ou hospitais psiquiátricos, numa

abordagem punitiva, influenciada pelo modelo de guerra às drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Na década de 1980 esta perspectiva começa a manifestar os primeiros indícios de transformação, num movimento articulado pelo Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN). O CONFEN teve suas bases legais garantidas através da Lei nº 6368, de 1976, sendo criado e regulamentado pelo Decreto nº 85110, de 1980, com a finalidade de abordar as questões sobre drogas com a mesma perspectiva adotada até então.

Juntamente com o CONFEN, também foram criados os Conselhos Estaduais de Entorpecentes (CONENS) e os Conselhos Municipais de Entorpecentes (COMENS)³ (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Conforme Machado e Miranda (2007), o CONFEN

[...] era composto por representantes dos vários Ministérios (Justiça, Saúde, Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social, Fazenda e Relações Exteriores), por um representante do Departamento da Polícia Federal, um da Vigilância Sanitária, um jurista escolhido e designado pelo Ministério da Justiça e um médico psiquiatra escolhido pela Associação Médica Brasileira e designado pelo Ministério da Justiça. A princípio, abordava apenas questões relativas às drogas ilícitas mas, ainda na década de 1980, passou a abordar também questões relacionadas às drogas lícitas (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 38).

O primeiro posicionamento do CONFEN diante da problemática das drogas torna-se evidente no Artigo 4º do decreto que instituiu os conselhos, o qual estabelecia que os objetivos do CONFEN eram

[...] propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 38).

Neste sentido, observa-se que os objetivos das primeiras intervenções do CONFEN, ainda durante a Ditadura Militar, eram voltados para as práticas de repressão e criminalização do uso e do tráfico de drogas ilícitas, sem o estabelecimento da diferença entre as figuras de usuário e traficante (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Naquele momento, o trabalho executado pelo conselho estava direcionado para as intervenções exclusivamente voltadas para a repressão ao uso de drogas ilícitas e ao combate do tráfico de drogas. No entanto, a atuação do conselho iniciou uma mudança no final da década de 1980, quando o CONFEN começou a incentivar ações direcionadas para a

³ Destaca-se que neste capítulo será discutido apenas o papel do CONFEN enquanto articulador a nível federal.

assistência à saúde dos usuários de drogas, num movimento de rompimento com o movimento antidrogas. Além disso, observa-se na citação de Machado e Miranda, que neste período houve a introdução da questão das drogas lícitas ao debate, quando o álcool passa a despertar o interesse do Estado.

Até então, o álcool ainda não constituía uma preocupação para os governantes e o desinteresse da esfera pública em constituir uma legislação sobre o uso e a comercialização do álcool fez com que surgissem associações de caráter privado: as comunidades terapêuticas. No entanto estas organizações também eram atravessadas por características moralistas e higienistas, sob os pressupostos de exclusão para a limpeza social (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Conforme Machado e Miranda (2007) apontam, a mudança de perspectiva do CONFEN provocou a introdução de uma nova visão diante da problemática das drogas lícitas e ilícitas, a qual incluía a promoção de práticas de prevenção ao uso de drogas, implementação de novas formas de tratamento aos usuários de drogas, atenção e cuidado aos familiares, além de práticas de pesquisa com ênfase no modelo da Redução de Danos.

Estas alterações visaram à disseminação de ideias e práticas opostas àquelas baseadas em valores moralistas e ações repressivas e/ou punitivas. A partir de então, começou o fortalecimento do modelo da Redução de Danos, o qual passou a ser reconhecido pelo CONFEN como uma estratégia de saúde pública para os usuários de drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Machado e Boarini (2013) apontam para dois fatores que proporcionaram uma maior aceitação da abordagem da Redução de Danos pelo CONFEN: a) o crescimento de casos de transmissão de HIV/AIDS, tornando-se uma epidemia que demandava ações com resultados eficazes e rápidos, possibilitados pelas práticas de RD e; b) o artigo 196, da Constituição Federal de 1988, o qual estabeleceu que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2012, p. 116-17).

Nesta perspectiva, a RD se coloca como uma estratégia que busca promover melhorias na qualidade de vida e de saúde entre os usuários de drogas, sob a lógica da universalidade, integralidade e equidade estabelecidas pelo SUS. Portanto, Machado e Boarini (2013), compreendem que a abordagem da Redução de Danos está de acordo com os pressupostos que defendem o direito dos usuários de drogas enquanto cidadãos.

Entretanto, observa-se que o contexto de transformações iniciado na década de 1980 – aprovação da Constituição Federal, criação do SUS, do CONFEN, maior aceitação de práticas de RD, movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica – não garantiu a efetividade das propostas de universalização e humanização nos atendimentos aos usuários de drogas e aos seus familiares. Como consequência, nos anos de 1990, o Brasil teve um crescimento e endurecimento nas leis direcionadas ao combate às drogas, devido à correlação entre o tema das drogas com a delinquência, o tráfico e a ilegalidade (SIQUEIRA, 2010).

Contudo, apesar de persistir um contexto de endurecimento das leis, Siqueira (2010) evidencia que a abordagem da Redução de Danos persistiu durante os anos de 1990, apresentando resultados positivos no que diz respeito à redução da transmissão do vírus HIV, à diminuição das mortes decorrentes de overdose e por AIDS e ao fortalecimento de uma rede que incluiu a participação dos usuários de drogas e seus familiares na construção de políticas públicas relacionadas com a problemática das drogas.

Atualmente, ainda há polêmicas e críticas afirmando que a RD pode ser uma maneira de incentivo ao consumo de drogas ilícitas (também presente no discurso de alguns profissionais entrevistados), por defender e promover o uso saudável entre usuários em uso indevido. Diante disso, Bucher e Oliveira (1994) sustentam que assumir uma posição que defende a RD é colocar-se em oposição à lógica reducionista, presente no discurso de combate às drogas. Segundo os autores, isto

[...] não significa, no entanto entregar-se à apologia do consumo de substâncias psicoativas, mas tão somente defender uma análise objetiva e contextualizada da situação das drogas em uma determinada sociedade. Não se trata, pois, da defesa de uma posição extremista de “liberação de todas as drogas” para um consumo indiscriminado, mas do respeito por uma experiência humana milenar, a ser examinada numa linha histórico-antropológica para que se torne possível apreender suas significações modernas (BUCHER; OLIVEIRA, 1994, p. 137).

Neste trecho, Bucher e Oliveira (1994) destacam o entendimento de que o uso de drogas constitui uma prática milenar, a qual sempre existiu na história da humanidade, e que a abordagem da RD respeita o direito do usuário a não querer cessar o uso de drogas imediatamente e com obrigatoriedade.

Neste sentido, apesar de receber diversas críticas desde as primeiras ações sustentadas pela abordagem de RD, Tófolli (2015) afirma que o Brasil foi um dos precursores nas intervenções baseadas nos pressupostos da RD direcionadas aos usuários de drogas injetáveis. Estas ações iniciaram a partir da mobilização de atores militantes em prol do movimento

sanitarista nos campos de atuação em HIV/AIDS e saúde mental, contando com o apoio do trabalho realizado em âmbito nacional, promovido pelo CONFEN.

Devido a esta mobilização em torno da RD, a primeira versão da Política Nacional Antidrogas (PNAD) apresentou a inclusão de um capítulo destinado para a Redução de Danos Sociais e à Saúde. Esta versão foi construída no I Fórum Nacional Antidrogas em 1998 e contou com a presença de mais de dois mil atores sociais atuantes na temática das drogas, inclusive com a participação de profissionais e militantes do campo da RD (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Ainda no ano de 1998, anterior ao encontro do I Fórum Nacional Antidrogas, ocorreu uma grande mudança no panorama das políticas públicas sobre drogas no Brasil: o então presidente Fernando Henrique Cardoso, por meio de uma medida provisória, extinguiu o CONFEN e criou o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) (MACHADO e MIRANDA, 2007).

Segundo Machado e Miranda (2007), esta reformulação institucional colocou a problemática das drogas em um novo espaço institucional, saindo do Ministério da Justiça e passando a integrar o Gabinete Militar da Presidência da República, renomeado atualmente como Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Abaixo é apresentada uma figura que ilustra a estrutura e a dinâmica do SISNAD e os órgãos que a compõem.

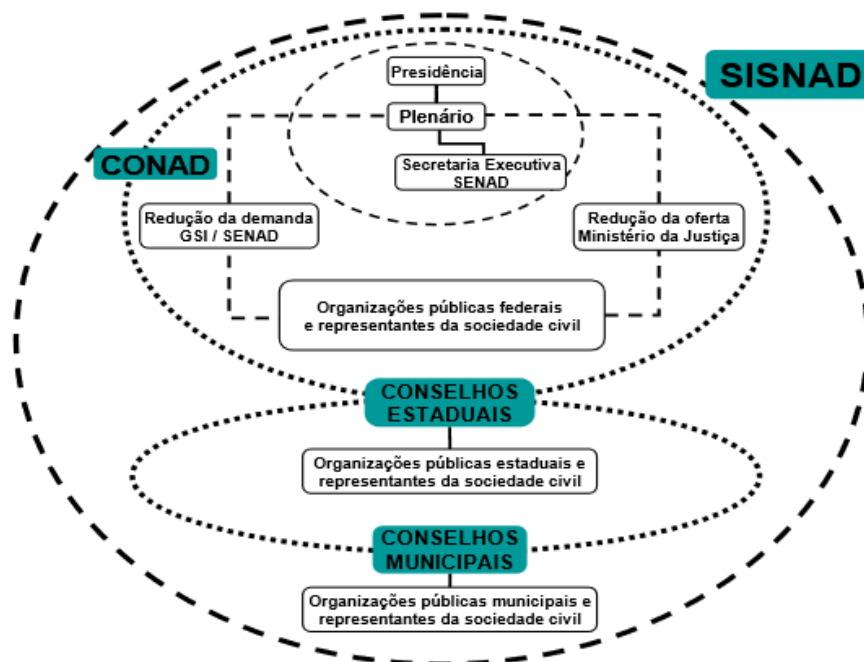


Figura 1: Estrutura do Sistema Nacional Antidrogas – SISNAD

Fonte: MOTA, 2011, p. 18.

Esta mudança teve como disparador a participação de representantes brasileiros na XX Assembleia Geral da ONU, em 1998. A criação do SISNAD foi uma tentativa do governo de colocar o Brasil em consonância com a perspectiva internacional, a qual defendia a lógica de combate às drogas por meio da redução da demanda e da oferta, a fim de promover o endurecimento da Política Nacional Antidrogas (MOTA, 2011).

Neste sentido, a função do SISNAD centrava-se no desenvolvimento de atividades de repressão ao uso e ao tráfico de drogas ilícitas, mas também em ações de prevenção, tratamento e reinserção dos usuários de drogas ao meio social. Neste novo contexto, o Ministério da Justiça tornou-se o órgão central e a Polícia Federal o órgão executivo das intervenções de repressão ao uso. Em contrapartida, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) foi designada como o órgão executivo para as ações de prevenção e tratamento (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Apesar dessas transformações no campo de discussão sobre drogas, o Ministério da Saúde (MS) ainda não havia se articulado efetivamente com os movimentos de debate sobre drogas. Este panorama somente começou a apresentar mudanças no ano de 2003, no primeiro Governo Lula, quando o Ministério da Saúde assumiu a existência de um atraso histórico diante do problema das drogas e propôs uma nova política com propostas de intervenção coerentes com a visão defendida pelo campo da saúde pública. Esta alteração é explicitada no documento do MS que diz o seguinte:

[...] reafirmando que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo Sistema Único de Saúde, e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, o Ministério da Saúde apresenta as suas diretrizes para uma Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003, p. 6).

Neste momento, a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) surge como uma proposta a fim de fortalecer o movimento de rompimento com a lógica reducionista, centrada, sobretudo, em intervenções de controle e de repressão ao uso de drogas ilícitas, e para o desenvolvimento de uma política em consonância com os princípios e diretrizes do SUS que incluísse, também, intervenções para a problemática do uso de drogas lícitas (BRASIL, 2003).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica também esteve presente na construção da política do Ministério da Saúde e participou do desenvolvimento e consolidação de uma rede

de assistência aos usuários de drogas, tendo estabelecido, como estratégia principal, os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSAD), regulamentados pela Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002 e pela Portaria SAS/MS nº 305, de 03 de maio de 2002 (MOTA, 2011).

Neste sentido, os CAPSAD são uma extensão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços que seguem a lógica do cuidado em liberdade e do resgate da cidadania dos pacientes portadores de transtornos mentais, anteriormente depositados em hospitais psiquiátricos. A partir da mesma perspectiva, Mota (2011) aponta que o CAPSAD prevê o cuidado em liberdade aos usuários de drogas enquanto um dispositivo extra-hospitalar, sob a perspectiva da redução de danos.

Ressalta-se que a internação hospitalar não é rejeitada como uma forma de produção de cuidado aos usuários de drogas; no entanto, este dispositivo compõe uma, dentre as diversas possibilidades de tratamento, que pode ser acionada quando os demais pontos da rede assistencial não produzirem resolutividade. Nestas circunstâncias, Mota (2011) defende que a internação pode ser utilizada, desde que realizada em hospitais gerais, por períodos de curta duração.

Garcia, Zacharias e Araújo (2013) procuram problematizar o uso da internação como objetivo de atingir abstinência. Neste sentido, quando a internação é aceita como sinônimo exclusivo de tratamento e utilizada para toda e qualquer forma de uso de drogas, pode aumentar o número de recaídas e novas internações. Segundo as autoras,

Essa realidade desenha um contexto que impõe a problematização da internação, tendo em vista o estabelecimento de um círculo vicioso e fechado, composto de intoxicação-internação-desintoxicação-intoxicação-internação. Embora tenhamos constatado que, para muitos sujeitos, a internação aparece, em um primeiro momento, como a única saída para o problema, em que pese as inúmeras re-internações vivenciadas, um número expressivo de usuários demonstram, desde cedo, a consciência de que não podemos tomar a internação como sinônimo de tratamento. Internação passa a ser entendida como parte de um processo/sistema mais complexo, que deve aprofundar a análise dos conflitos dos sujeitos em sua integralidade (GARCIA; ZACHARIAS; ARAÚJO, 2013, p. 138).

Da mesma forma, o uso indiscriminado da internação é condenado pela PAIUAD, pois estando “inscrita no escopo da Política de Saúde Mental, contrapõe-se claramente ao modelo de atenção baseado na internação em hospital psiquiátrico ou em comunidade terapêutica tendo em vista a abstinência como meta exclusiva do tratamento” (ALVES, 2009, p. 2316). Ou seja, cabe explicar que o Ministério da Saúde apenas se opõe diante da proposta da internação quando esta for utilizada como dispositivo principal de tratamento.

Diante disso, Barbosa (2013) destaca que, de acordo com a política do Ministério da Saúde, a principal função deste órgão, dos CAPS/CAPSAD e das políticas públicas de saúde é de “[...] investimento na defesa da vida das pessoas e de seus direitos (entre eles o da saúde), tendo como consequência desejável (e não como meta primeira) a diminuição ou o encerramento do comportamento de uso e/ou abuso de álcool e outras drogas” (BARBOSA, 2003, p. 472). Assim, a PAIUAD não assume enquanto meta final a tentativa de acabar com o uso de drogas, mas de garantir o acesso a condições de saúde e de cidadania à população atingida pela problemática do uso de drogas.

Neste sentido, a política do Ministério da Saúde provocou uma ruptura com concepções moralistas e higienistas ainda vigentes no século XXI, pois, apesar da PNAD ter incluído, em 1998, um capítulo sobre RD, Machado e Miranda (2007) destacam que não havia sido especificado o que eram práticas de RD e nem havia um posicionamento a propósito do programa de troca de seringas.

Esta omissão foi resultado de um movimento contra a RD que partiu dos representantes de comunidades terapêuticas – presentes no I Fórum Nacional Antidrogas, realizado em 1997 – em função do seu trabalho no campo de atenção aos usuários de álcool (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Retomando a discussão sobre RD, a sua finalidade foi se transformando e, embora esta política tenha sido proposta como uma estratégia de saúde pública voltada ao controle dos índices de transmissão de HIV entre usuários de drogas injetáveis, ela hoje apresenta objetivos expandidos e está integrada como a estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, sendo pensada em decorrência do reconhecimento e respeito à singularidade de cada sujeito, num movimento em defesa da vida (PASSOS; SOUZA, 2011; BRASIL, 2003).

Neste sentido, no ano de 2005, a fim de entrar em consonância com a nova perspectiva defendida pela PAIUAD, a PNAD passou por um processo de realinhamento; e o termo antidrogas foi substituído, passando a se chamar Política Nacional sobre Drogas.

Observa-se que a reordenação da PNAD

[...] orienta-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, no sentido de ampliar a consciência para a importância da intersetorialidade e descentralização das ações sobre drogas no país (BRASIL, 2010a, p. 9).

Esta alteração não se restringiu somente a uma mudança de ordem discursiva da política; ao expandir o entendimento sobre a problemática das drogas, a PNAD pode incluir outras formas de abordagem aos usuários de drogas no Brasil. Cabe ressaltar que a mudança discursiva na PNAD também provocou uma alteração na denominação de todas as instâncias que a compõem. Assim, o SISNAD passou a ser reconhecido como Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, o Conselho Nacional Antidrogas passou a ser o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas e a Secretaria Nacional Antidrogas transformou-se em Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Para o processo de realinhamento da PNAD, partindo da importância da intersetorialidade, foi proposta uma metodologia de interação entre diversos setores do governo, iniciativa privada, terceiro setor, comunidade científica e controle social, a fim de estimular o exercício de democracia e descentralização através de fóruns regionais e nacional (MOTA, 2011).

Resultante destes encontros, 92% da PNAD foi alvo de alterações importantes, em 2005, configurando um avanço na história das políticas públicas sobre drogas no Brasil. Desta maneira, a Lei nº 11.434, de 23 de agosto de 2006, que instituiu o SISNAD, deu sustentação para a construção de um novo posicionamento do Estado nas formas de abordar a problemática das drogas (MOTA, 2011).

Neste sentido, a PNAD expandiu sua concepção inicial, ligada a uma perspectiva reducionista, e incorporou os seguintes objetivos: i) priorizar a responsabilidade compartilhada no cuidado integral aos usuários de drogas e aos seus familiares; ii) assegurar a atuação articulada entre governo e sociedade; e iii) (re)conhecer a diferença entre usuário, dependente, indivíduo em uso indevido e traficante, tratando-os (minimamente) de forma distinta (BRASIL, 2010a).

Este último item é um ponto central na nova PNAD: a distinção entre usuário de drogas, pessoa que estabelece relação de dependência com as drogas, indivíduo em uso indevido e traficante para, conseqüentemente, tratá-los de forma distinta, a partir da particularidade de cada indivíduo (ALVES, 2009). Ou seja, a partir desta discussão, pretendeu-se manter a rigidez para com aqueles indivíduos envolvidos com tráfico e, em contrapartida, promover a despenalização do usuário de drogas e a oferta de tratamento para o sujeito em uso indevido ou em dependência de substâncias psicoativas.

Este novo posicionamento da PNAD promoveu uma aproximação com a posição defendida pela PAIUAD, numa tentativa de conciliação diante do "[...] conflito de interesses entre representantes dos diferentes modelos assistenciais no país", representados, por um lado,

pelas comunidades terapêuticas, e por outro, pelos militantes da abordagem de redução de danos (ALVES, 2009, p. 2316).

Além do mais, toda esta articulação possibilitou investimentos de outros setores do governo diante da problemática do uso de drogas e intensificou o envolvimento de distintos segmentos da sociedade na discussão sobre drogas, devido ao reconhecimento da complexidade do assunto. De tal modo, observa-se que houve maior incentivo para a participação da sociedade civil e do campo acadêmico para o incremento de pesquisas com vistas ao desenvolvimento de outras formas de tratamento e novas políticas públicas, considerando as evidências científicas, proporcionadas pelas pesquisas acadêmicas, e a atuação dos agentes implementadores (BELLO, 2015).

A respeito das drogas lícitas, diferentemente da trajetória apresentada sobre as drogas ilícitas, aquelas não integraram o cenário de discussões sobre políticas públicas até o ano de 2007. No entanto, o álcool já era considerado uma ameaça à força de trabalho desde meados do século XX, só não constituía uma área de interesse do poder público, fazendo com que associações de caráter privado assumissem o controle sobre esta área (MOTA, 2011; MACHADO; MIRANDA, 2007).

Diante das diversas transformações ocorridas nos anos 2000, foi então observada a necessidade de construção de uma nova política, a fim de abordar especificamente a questão do uso de álcool no Brasil, promovendo maior visibilidade ao tema. Assim, foi instituída pelo Ministério da Saúde a Política Nacional sobre o Álcool, em 2007, uma política específica que “[...] dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências” (BRASIL, 2010a, p. 79).

A Política Nacional sobre o Álcool é composta por um “conjunto de medidas para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira” (BRASIL, 2010a, p. 81), considerando que o álcool é a substância psicoativa mais utilizada no Brasil (MOTA, 2011).

Outra demanda observada no contexto dos anos 2000 foi em relação à fragilidade existente na rede assistencial destinada aos usuários de drogas. Neste sentido, no ano de 2011 o Ministério da Saúde criou uma portaria que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A formação da RAPS constitui uma iniciativa do governo que tem a finalidade de organizar uma nova dinâmica de funcionamento entre os serviços de saúde mental sob uma lógica que não promova a prática do encaminhamento de forma indistinta. Para que esta rede

tenha sustentação faz-se necessário que os atores sociais e as instituições envolvidas trabalhem de maneira articulada, consolidando uma teia de distintos serviços, direcionados para o atendimento da demanda que chega até esta rede (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

A RAPS, no que refere à RD, possibilitou instituir formas de financiamento federal, pois, apesar do crescente reconhecimento e investimento na RD, desde a década de 1980, como força contra-hegemônica à lógica de combate às drogas, até o ano de 2011, não haviam sido definidas as formas de financiamento direcionadas às práticas de RD (TÓFOLLI, 2015).

O estabelecimento das formas de financiamento para a RD foi uma conquista consolidada pela portaria do Ministério da Saúde que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disto, com a consolidação da RAPS, o trabalho da RD foi alocado no dispositivo chamado Consultório de Rua, um aparelho da atenção básica à saúde direcionado à população em situação de rua (TÓFOLLI, 2015).

Diante do exposto, pode-se observar que, nos últimos anos, as políticas do SISNAD e do Ministério da Saúde vêm apresentado algumas similaridades relacionadas a referenciais valorativos, conforme descrito a seguir: i) encontram-se regidas pelo marco teórico da redução de danos; ii) priorizam as intervenções voltadas para a prevenção ao uso e promoção da saúde; iii) garantem o direito ao acesso à tratamento e reinserção ao meio social e comunitário; e iv) investem na intersetorialidade enquanto forma de articulação de saberes e práticas oriundas de campos distintos, de acordo com as diretrizes que regem todas as políticas de saúde (MOTA, 2011).

Neste sentido, observa-se que é recente a compreensão das drogas enquanto um problema social e de saúde pública de grandes proporções. Segundo Calligaris (1992), cabe destacar que a percepção do uso de drogas enquanto um problema social não está ligado à incidência estatística, assim como não se refere unicamente aos problemas de convívio social envolvendo o uso de drogas, mas sim é a articulação de um discurso social dominante com uma sociedade cada vez mais consumista.

Nesta articulação, algumas práticas discursivas da mídia, veiculadas através de comerciais e reportagens, reforçam o estereótipo do usuário de drogas como doente e/ou criminoso, promovendo campanhas com informações vagas sobre a existência de epidemias de acordo com seus interesses como, por exemplo, pode-se observar na citação abaixo:

[...] em audiência pública na OAB do Rio Grande do Sul, o idealizador da campanha [Crack nem Pensar] fala da gênese da peça publicitária: surgiu após uma pesquisa de opinião pública dos assinantes do jornal [Zero Hora], que consistia em uma pergunta

sobre qual droga seria mais prejudicial para população gaúcha. O premiado jornalista conta que a principal droga apontada pelos gaúchos como prejudicial foi o álcool, em segundo lugar ficou o *crack*. Já que realizar uma campanha para prevenir o uso do álcool iria confrontar diretamente os patrocinadores da rede de comunicação da qual fazia parte, optou por realizar uma campanha contra o uso do *Crack*, confessa o jornalista de destaque (XIMENDES; REIS; WOLSKI, 2013, p. 87).

Percebe-se que slogans como “*Crack nem pensar*”, “*Vida sim, drogas não*”, difundem ideias e discursos reducionistas que não consideram o processo histórico sobre a questão das drogas e contribuem para o aumento da crença de um mal a ser combatido através da guerra às drogas (CARNEIRO, 2002).

Alguns autores afirmam que os mecanismos de coerção e persuasão moral apenas disseminam sentimentos de medo e insegurança e a falsa perspectiva de se conseguir uma sociedade livre do uso de drogas, como se fosse possível apagar da história a existência de drogas de todos os tipos, bem como a utilidade de algumas drogas lícitas, aceitas socialmente a partir de normas e convenções compartilhadas (CARNEIRO, 2002; ALVES, 2009; SIQUEIRA, 2010; GORGULHO, 2011). Desta forma, percebe-se que os discursos que circulam pela mídia, com uso de mecanismos de coerção, fortalecem estigmas sociais e preconceitos.

1.2 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde

Conhecer os processos históricos que constituíram o sistema de saúde brasileiro é fundamental para se compreender a atual organização do SUS e como se estabeleceram as bases dos modelos de atenção hoje empregados no cuidado à saúde da população em geral e, em especial, do usuário de drogas.

Realizando um recorte histórico, Da Ros (2006) aponta o Movimento Europeu de Medicina Social do século XIX como um importante marco na história das políticas públicas brasileiras de saúde. Este movimento possibilitou uma nova compreensão do processo saúde-doença, ao incluir, nas discussões, as condições sociais da população. Esta visão tornou-se hegemônica até o final dos anos de 1890, quando houve o descobrimento da existência de uma relação entre bactéria e doenças. A partir de então, se fortaleceu um modelo unicausal para a explicação de doenças, o que ocasionou o abandono do fator social.

Com a descoberta da unicausalidade, o ensino da medicina centrou sua formação no modelo biologicista e hospitalocêntrico, transformando o médico em detentor da verdade sustentada pelos discursos da cientificidade. Este modelo de ensino recebeu o apoio do

Relatório Flexner, publicado em 1910, que promoveu o cancelamento do financiamento de universidades comprometidas com outras concepções de saúde-doença, dentre elas, as que incluíam a dimensão social na formação de novos médicos (DA ROS, 2006).

Avançando no tempo, entre os anos de 1920 e 1980, os espaços dedicados ao cuidado da saúde da população brasileira dividiam-se em três possibilidades, com influência do modelo descrito acima: i) os serviços privados para a classe financeiramente privilegiada, ou seja, aqueles que não precisavam da ajuda do governo; ii) os serviços destinados apenas para trabalhadores formais que possuíssem determinadas condições estabelecidas pelo Estado; iii) e a assistência do governo dedicada para o atendimento da população de “não cidadãos”, pessoas em condições econômicas desfavoráveis e desprovidos de direitos trabalhistas, o que constituía a maior parte da população brasileira (SILVA, 2013).

Segundo Silva (2013) esta última modalidade de atendimento não conseguia obter recursos suficientes para atender toda a população e ofertar serviços apropriados em relação à demanda, restando, então, o suporte propiciado pela caridade.

Durante o período da Ditadura Militar, entre 1964 e 1985, ainda se observava a falta da importância atribuída ao contexto social, diante das questões de saúde, e as particularidades de cada território. Neste período,

Os investimentos na infraestrutura econômica aumentaram enquanto diminuíram os gastos com as políticas sociais. Foi realizada uma centralização financeira no governo central, esvaziando o papel dos estados e municípios, e estes passaram a depender da transferência de recursos realizada pela União (ESCOREL, 2012, p. 325).

Entretanto, o panorama da saúde, dentro das políticas sociais, começou a apresentar mudanças ainda durante a Ditadura Militar, a partir do fortalecimento do movimento pela Reforma Sanitária formado no final da década de 1970 por profissionais da saúde, autoridades sanitárias locais e especialistas da área da saúde que integravam uma posição política de identificação com ideias reformistas. Estes atores defendiam a universalidade no acesso à saúde, o financiamento e a administração pública, além da hierarquização e descentralização dos serviços de saúde para o nível municipal (FALLETI, 2006; DOWBOR, 2009).

Conforme Dowbor,

A configuração propícia para as reformas no início da década de 1980 surgiu na medida em que, por um lado, havia profissionais de saúde agrupados no movimento sanitário que optaram majoritariamente pela prática reformista no interior das instituições estatais e, por outro, quando se instalou, em 1981, a aguda crise financeira do setor que permitiu questionamento do modelo em vigência. A

conjunção desses fatores possibilitou a adoção de medidas de cunho reformista implementadas paulatinamente no país inteiro, a despeito dos interesses contrários do setor privado de medicina (DOWBOR, 2009, p. 186).

Nestas circunstâncias de reforma, com profissionais da saúde ocupando cargos no segundo escalão do governo militar e disseminando ideias reformistas, as propostas do movimento sanitário proporcionaram o desenvolvimento dos princípios para a criação do SUS, com a finalidade de proporcionar o direito à saúde para todos os cidadãos, em consonância com o capítulo sobre seguridade social, presente na Constituição Federal de 1988 (DOWBOR, 2009).

No final dos anos de 1980, a luta do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e a aprovação do SUS iniciaram uma tentativa de rompimento com a lógica higienista, estabelecendo como princípios básicos da saúde a universalidade, a equidade e a integralidade e, como diretrizes organizacionais, a descentralização, a regionalização e hierarquização dos serviços e o controle social. A mudança no panorama brasileiro referente aos cuidados com saúde passou a considerar a saúde no território como premissa de cuidado, e a incluir o fator social nas condições de saúde da população (BRASIL, 1990).

1.3 A Descentralização como Princípio do SUS

Por um período de 21 anos (1964-1985) o Brasil viveu em um Regime Militar, sob o controle rigoroso das Forças Armadas Nacionais. Neste período, consolidou-se um sistema político que prezava pela rígida centralização das decisões governamentais sob a responsabilidade exclusiva do Governo Federal, limitando a autonomia fiscal dos estados e municípios.

Souza (2002) destaca que a descentralização entrou para a agenda da redemocratização do país por uma soma de fatores, dentre eles, a retomada das eleições diretas para governador, em 1982, e a aprovação da Constituição Federal, em 1988, representando a retomada do eixo democracia-descentralização-participação social. Estes momentos fortaleceram o movimento de abandono da excessiva centralização estabelecida pelo governo militar, além de expressar o desejo da população por maior comprometimento dos governos com as demandas regionais.

Segundo Martins (2010, p. 117), “a descentralização concretizaria o ‘empoderamento’ da sociedade, conferindo maior legitimidade às decisões políticas”. Neste sentido, a descentralização seria, essencialmente, um conjunto de políticas públicas para a transferência de atribuições, recursos e gestão entre os entes da federação. Desta forma, o fluxo de

transferência intergovernamental envolveria uma hierarquia de poder entre os entes federativos, numa relação em que o domínio do governo federal seria o financiamento e a formulação de políticas nacionais, e a autoridade dos governos locais estaria em sua execução (FALLETI, 2006).

Para Falleti (2006) a descentralização é parte de um processo que objetiva reformar o Estado e redesenhar as interações intergovernamentais, podendo assumir características positivas ou negativas. O autor caracteriza três tipos de descentralização, descrevendo-as sob diferentes aspectos:

i) a descentralização administrativa abrange um conjunto de políticas que transfere para os governos subnacionais autoridade, administração e provisão de serviços sociais. A autonomia, neste tipo de descentralização, pode adotar um caráter positivo, caso venha a diminuir a burocracia entre as esferas locais e estaduais e dar suporte aos governos subnacionais diante da nova função; caso contrário, se não houver transferência de recursos adequada, será produzida maior dependência entre os governos e menor descentralização.

ii) a descentralização fiscal engloba políticas para aumentar a autonomia fiscal de governos subnacionais através de transferências automáticas ou da criação de impostos; entretanto, se a coleta dos impostos foi administrada por uma unidade sem capacidade para gerir a arrecadação, a consequência também será o aumento da dependência em relação ao governo nacional.

iii) por fim, a descentralização política é um conjunto de emendas constitucionais e reformas eleitorais que visam ampliar os espaços de representação da sociedade, por exemplo, a retomada do direito ao voto direto nas eleições para os governos nacional, estaduais e municipais de toda a população maior de 18 anos. Neste caso, apenas existiriam efeitos negativos desde que houvesse uma separação entre os poderes subnacionais.

A partir dessas considerações, Falleti (2006) destaca que a descentralização não garante a elevação da autonomia de um Estado federativo. Além do mais, compreender a descentralização como principal instrumento para a criação de estratégias para redução do papel do Estado pode direcionar alguns atores a um julgamento de valores equivocado, ao provocar a ideia de que países sob a lógica da centralização são administrados por governos desprovidos de efetividade, e, conseqüentemente, apresentariam baixo nível de democracia, ausência de transparência e ineficácia das políticas públicas (ARRETCHE, 1996).

No entanto, Martins (2010) reconhece a importância da descentralização para a melhoria das relações entre o Estado e os interesses da comunidade, na medida em que permitiria uma maior aproximação com as necessidades locais e um planejamento de políticas

sociais mais adequado às particularidades de cada região. Entretanto, destaca, também, que não se pode afirmar a existência de uma relação de causalidade entre descentralização e desenvolvimento, inclusive por ser difícil definir quais fatores são determinantes para o desenvolvimento, de forma geral.

Desta forma, seria um equívoco considerar a centralização *versus* a descentralização em uma posição dicotômica e simplista, na qual a segunda seria a forma mais adequada e efetiva de pensar o funcionamento entre as relações intergovernamentais e o desenvolvimento regional.

No campo das políticas públicas de saúde, a descentralização é uma das diretrizes organizacionais do SUS. O processo de descentralização na área da saúde, segundo Dowbor (2009), começou a ser desenhado durante o período final da Ditadura Militar. Segundo a autora, este movimento obteve força devido à intensa participação de profissionais da saúde que defendiam os ideais reformistas em espaços institucionais dentro do Estado.

De acordo com Dowbor (2009), durante o Regime Militar ocorreram vários eventos que contribuíram para a construção de um novo cenário na área da saúde, dentre os quais se destacam os seguintes: i) a eleição, em 1974, de parlamentares identificados com o movimento de reforma e democratização do país; ii) a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), em 1976, órgão que atua na divulgação e promoção de debates por meio da Revista Saúde em Debate e dos núcleos regionais; e iii) a criação da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979, a qual passou a atuar na área de pesquisa em parceria com a CEBES (DOWBOR, 2009).

A partir desses processos, ocorreu o nascimento do SUS. Nesta nova política o Governo Federal assumiu algumas competências que foram estabelecidas no art. 1º do Decreto nº 8.065 (BRASIL, 2013, s.p.), tornando o Ministério da Saúde órgão da administração federal direta, que deve assumir como área de sua competência os seguintes assuntos:

- I - Política Nacional de Saúde;
- II - coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde - SUS;
- III - saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e a dos índios;
- IV - informações de saúde;
- V - insumos críticos para a saúde;
- VI - ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos;
- VII - vigilância de saúde, especialmente quanto às drogas, medicamentos e alimentos; e
- VIII - pesquisa científica e tecnológica na área de saúde (BRASIL, 2013, s. p.).

O Ministério da Saúde também passou a ser responsável pela coordenação das ações intergovernamentais, através de um sistema de transferência inter-regional, assegurado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). Segundo Arretche e Marques (2007), a LOS estabeleceu a distribuição de funções entre os níveis de governo; a função de financiamento se concentrou na esfera federal, o que representou para os governos municipais maior dependência do Ministério da Saúde.

Em vista disto, até a década de 1990, o processo de municipalização da saúde, principalmente na atenção básica, não havia iniciado efetivamente a implementação da descentralização. Arretche (2002) explica que esta situação se deu em decorrência dos governos municipais resistirem em assumir a nova responsabilidade pela gestão dos serviços, pois assumir esta responsabilidade provocaria uma redução da autonomia dos municípios na hora de gastar seus recursos de maneira mais independente.

O modelo de atenção básica surge, então, com a finalidade de ser um mecanismo de transferência federal para programas municipais, através de um cálculo em termos *per capita*. Desta maneira, segundo Arretche e Marques (2007), o município tornou-se o ente com maior independência nas decisões de seus recursos, sendo responsável primário pelo atendimento à população, enquanto a União e os Estados auxiliam com cooperação técnica e financeira para o desempenho da nova função municipal. Como resultado da descentralização na área da saúde, ocorreu a municipalização da Atenção Básica.

Para Goulart (2008) o processo de municipalização inclui promover uma descentralização de acordo com as capacidades administrativas de cada município, avaliadas individualmente, além de considerar que os grandes problemas precisam ser tratados dentro da esfera municipal, mas também levando em conta o contexto regional.

A participação dos estados também é importante de modo a ofertar aos municípios auxílio na gestão de programas sociais, principalmente em relação aos municípios com capacidade técnica e administrativa restrita. Em outro trabalho, Arretche e Marques (2002), a partir dos dados encontrados em seus estudos em dois estados brasileiros, demonstraram como a descentralização acarretou resultados diferentes em função do auxílio obtido junto aos órgãos estaduais e ao seu corpo técnico.

Para finalizar este capítulo sobre o nascimento do SUS e de um de seus princípios, utiliza-se Souza (2002), que apresenta uma importante problematização sobre a descentralização no Brasil: como dividir os recursos em um país com grande diversidade e marcantes desigualdades regionais?

A autora chama atenção afirmando que esta não deve culminar na busca de uma resposta única e universal ou na elaboração de um manual com orientações a serem seguidas, mas que a discussão desta problemática deve considerar a complexidade das relações humanas e institucionais na qual está imersa e tentar estabelecer um equilíbrio entre centralização e descentralização, em concordância com as necessidades da sociedade, dos governos municipais e das demandas regionais, de modo a respeitar as particularidades de cada cidade e região.

2 “ELO PERDIDO” DO *POLICYCYCLE*? O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS A PARTIR DOS AGENTES IMPLEMENTADORES

Na compreensão de Guareschi, Lara e Adegas (2010), as políticas públicas são instrumentos do Estado para a garantia de direitos, melhoria da qualidade de vida dos cidadãos e da sociedade, sendo também dispositivos capazes de promover mudanças na vida da população. Estas intervenções, de maneira sutil, produzem determinados modos de ser, estar e atuar na realidade, interferindo diretamente na vida das pessoas e dos profissionais (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Neste sentido, a fim de compreender e aprimorar as intervenções dos governos, Baptista e Rezende (2011) apontam que, em um contexto mundial pós-Segunda Guerra, teve início o incremento na produção de estudos no campo da análise de políticas públicas. A partir de um enfoque que dividiu a análise das políticas públicas em estágios, constituiu-se a *policy cycle*. Esta separação em fases apresentava como objetivo investigar o modo de operar do Estado, bem como explicar os impactos das políticas na vida da população e na garantia de direitos e acesso a serviços de qualidade.

Em um trabalho de revisão, Frey (2000) descreve três fases do *policy cycle* que frequentemente aparecem na literatura em geral: a formulação, a implementação e a avaliação. Entretanto, o autor propõe uma definição mais específica, que abrange cinco etapas, sendo elas: i) a percepção e definição de problemas; ii) *agenda-setting*; iii) a elaboração de programas e decisões; iv) a implementação de políticas; e v) a avaliação da política, e quando necessário, o (re)início de um novo ciclo.

Explicando de outra forma: depois de determinado problema obter importância política e ser inserido na formação de agenda de um governo, propõe-se a formulação de uma política com objetivos e metas a serem alcançadas. Decorrente deste estágio, as políticas públicas transformam-se em ações concretas, ou seja, são implementadas e, por fim, acontece o processo de avaliação em termos de objetivos alcançados ou não; caso necessário, Silva e Melo (2000) sugerem que pode haver uma correção das ações desenvolvidas.

Entretanto, Frey (2000) destaca que esta separação em etapas é apenas um modelo teórico, uma vez que o agir público não se enquadra em fases fragmentadas, não havendo um marco indicador que consiga estabelecer uma condição ou qualidade que indique o momento do começo e término de cada fase do ciclo.

O modelo teórico de divisão das políticas públicas em ciclos apresenta aspectos positivos e negativos, que podem facilitar ou dificultar o processo de análise das políticas.

Baptista e Rezende (2011) evidenciam como fragilidade a possibilidade de haver um entendimento fragmentado e estaque sobre cada etapa. Em contrapartida, enquanto vantagem, os autores mencionam as oportunidades de haver um maior controle para intervir de maneira adequada no processo político, a partir de um conhecimento específico das particularidades de cada fase.

Nesta dissertação, o enfoque estará no processo de implementação. Ainda pouco considerada nos modelos de análise de políticas públicas (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2014), a implementação passou a ser compreendida como fundamental ao processo da *policy analysis* por levar em consideração o seguinte questionamento: por que alguns resultados e impactos alcançados na fase de implementação não estão em conformidade com o que foi estabelecido enquanto objetivos da política, durante o processo de formulação (FREY, 2000), ou mesmo, por que os resultados previstos não estão sendo atingidos?

A implementação é o momento em que a política é colocada em prática; para que isto ocorra, é indispensável a disponibilidade de uma sequência de recursos – materiais, humanos, econômicos, tecnológicos – que possibilitem o planejamento e a organização de ações que visam a execução de metas e objetivos determinados na fase de formulação. Segundo Van Meter e Van Horn (1993, p. 99), a definição de “implementación de las políticas abarca aquellas acciones efectuadas por individuos (o grupos) públicos y privados, con miras a la realización de objetivos previamente decididos”.

Os autores também enfatizam que a implementação apenas tem início quando a legislação estiver promulgada, com objetivos e metas já determinados e os fundos e recursos alocados, ou seja, quando houver recursos suficientes para sustentar as práticas.

No cenário internacional, Sabatier e Mazmanian (1993) ressaltam que a fase de implementação era pouco considerada, uma vez que as pesquisas realizadas no campo de análise das políticas públicas atribuíam maior interesse para a fase de formulação, como se as deliberações desta fase fossem prescrições que, quando seguidas de forma exata, resultariam em uma perfeita implementação.

Desta forma, os estudos sobre o processo de implementação foram negligenciados pelos pesquisadores até meados da década de 1960, quando este quadro começa a mudar e a implementação passa a ganhar destaque diante de uma suposta falha da legislação em produzir políticas públicas eficientes nas distintas realidades locais. Assim, iniciou-se uma série de estudos mais aprofundados sobre programas implementados em diversos campos de atuação, tais como educação, planejamento urbano, geração de empregos, direitos civis, questões ambientais e serviços de saúde (SABATIER; MAZMANIAN, 1993).

Neste sentido, os autores colocam em questão que a clareza e a coerência dos objetivos das políticas não são suficientes para que haja uma implementação eficiente, sendo necessário recursos financeiros suficientes e condições de trabalho que promovam mecanismos para lidar com os constrangimentos presentes no cotidiano (SABATIER; MAZMANIAN, 1993).

Ao revisar os primeiros estudos norte-americanos sobre implementação, realizados nos anos de 1970, Villanueva (1993) destaca que as publicações apresentavam uma manifestação de desapontamento perante a incapacidade do governo em atender as adversidades que se consideravam de interesse comum dos Estados Unidos e que consistiam em problemas de natureza social (pobreza, desigualdade, discriminação, entre outros).

O autor também afirma que a preocupação com a fase da implementação das políticas públicas cresceu na medida em que deixou de ser concebida como sendo subordinada à formulação; ambas as fases começaram a ser relacionadas como um processo contínuo e retroalimentar. Esta percepção, conforme destaca Villanueva (1993), surgiu no momento em que se perceberam as falhas nas políticas públicas perante a falta de êxito dos serviços em atingir os objetivos das políticas públicas. Diante disso, observou-se que os erros estavam relacionados com as decisões dos formuladores pertencentes à fase de formulação, e não com o comportamento dos agentes implementadores na fase de implementação.

Faz-se importante ressaltar as diferenças entre as etapas da formulação e da implementação das políticas públicas. Viana (1996, p. 13) destaca que a formulação acontece em um ambiente político onde se estabelecem relações “de trocas e indeterminações, conflitos e poder”, ao passo que o momento de implementação “se define em um espaço administrativo, concebido como um processo racionalizador de procedimentos e rotinas”. Neste sentido, a autora evidencia que as fases começaram a ser compreendidas enquanto processos com diferentes atribuições e funções sociais. De tal modo, a implementação pode vir a proporcionar aprendizado para os formuladores através de seus resultados exitosos e das dificuldades encontradas diante do cotidiano de cada agência implementadora e de cada território.

No Brasil, os estudos sobre implementação são recentes, e ainda observa-se na literatura o predomínio de trabalhos direcionados ao momento de decisão pertencente à formulação das políticas. Segundo Dalfior, Lima e Andrade (2015), a formulação continua a representar um dos principais objetos de estudos nas políticas públicas, o que vem a reforçar uma dicotomia entre as ações de decidir e executar. Consequentemente, a implementação continua a ser considerada por alguns autores (FARIA, 2012; LOTTA; PIRES; OLIVEIRA,

2014) como o elo perdido na análise das políticas públicas, devido à ausência de estudos e à limitação da literatura sobre a influência dos diversos atores e fatores no momento da implementação.

Segundo Lotta, Pires e Oliveira (2014), nos anos de 1970 ocorreram os primeiros estudos brasileiros sobre implementação. Neste período, a fase era compreendida sob uma perspectiva hierárquica, pois se considerava que os atores implementadores – compostos por burocratas de nível de rua (LOTTA, 2012a; 2012b; LIMA; D'ASCENZI; DIAS, 2014) e os burocratas de médio escalão (LOTTA, 2014) – deveriam ser submetidos às decisões dos formuladores, em consonância com o cenário internacional.

Entretanto, com a intensificação de estudos e pesquisas específicas sobre a implementação, foi constatado que a participação dos agentes implementadores promovia benefícios ao processo de implementação, uma vez que aumentava o entendimento da política, incentivava consensos entre os atores e, conseqüentemente, reduzia as resistências no ato de fazer políticas públicas nas práticas cotidianas (VIANA, 1996).

Na década de 1990, Viana (1996, p. 13) já declarava que o sucesso de uma política estava intimamente ligado à “perfeita interação entre formuladores, implementadores e público-alvo (das políticas)”, além de considerar as particularidades das agências implementadoras. Conforme o autor, a capacidade de implementação pode ser compreendida através dos recursos governamentais disponibilizados, das ações dos atores governamentais, dos beneficiários e das características das organizações, o que compõe uma rede de interações e intensões complexa.

Neste sentido, Sabatier e Mazmanian (1993) apresentam alguns fatores importantes na análise da implementação de políticas públicas, capazes de determinar o desempenho de planos e programas e que, ao serem incluídos na análise de políticas públicas, tentam contemplar o seu caráter de complexidade:

- 1) los criterios que rigen las políticas y los recursos (básicamente los fondos); 2) el apoyo que existe en el ambiente político hacia las políticas; 3) las condiciones económicas y sociales; 4) las características de las agencias encargadas de la implementación; 5) la comunicación de los estándares de las políticas y de otras decisiones en y entre las agencias encargadas de la implementación; 6) los incentivos para promover la aceptación de las decisiones políticas, y 7) las decisiones políticas de los funcionarios responsables de la implementación (SABATIER; MAZMANIAN, 1993, p. 327).

Do mesmo modo, Elmore (1993) assinala que dificuldades podem surgir no processo de implementação, quando não se inclui no debate o caráter de complexidade das políticas

públicas; conseqüentemente, estas são construídas em uma base de conhecimentos sustentada em ideias equivocadas sobre a realidade na qual pretendem intervir.

Desta forma, a implementação pode apresentar equívocos quando houver uma compreensão deficiente sobre as realidades regionais, juntamente com uma concepção de política em que os meios de execução não estão incluídos no debate, com relacionamentos sustentados em relações hierárquicas que desconsideram a complexidade inerente à rede de interações dos diversos atores, além de não reconhecer a falta de controle dos formuladores sobre o repertório de preferências e escolhas dos agentes implementadores (ELMORE, 1993).

Diante desta discussão, Baptista e Rezende (2011) contribuem com três razões que podem ocasionar diferenças entre o processo de implementação e a maneira como a política foi planejada durante o processo de formulação:

1) o baixo compromisso dos políticos com o momento de implementação, aceitando que a eles cabe o ônus da formulação, do qual prestam contas; 2) uma divisão institucionalizada entre aqueles que formulam e os que implementam uma política, sendo estes últimos capazes de identificar os pontos-chave da operacionalização (conhecimento técnico); 3) a própria complexidade do processo, que demanda um conhecimento sólido e prévio das múltiplas variáveis que influem no processo político e que, por mais controladas que sejam, apresentam também um comportamento independente, não linear (BAPTISTA; REZENDE, 2011, p. 152).

A partir destes aspectos, um dos riscos do *policy cycle* é contemplar a compreensão clássica de políticas públicas que não considera os efeitos retroalimentares da implementação sobre a formulação. De tal forma, não se considera o *policy cycle* um processo, mas um jogo unilateral em que a responsabilidade pelo desenho das políticas e pelas decisões é restrita ao alto escalão e, em contrapartida, caberia aos demais atores a função de seguir o prescrito. Esta visão é apresentada na Figura 2, exposta a seguir, proposta por Silva e Melo (2000).



Figura 2: Visão Clássica do Policy Cycle
Fonte: Silva e Melo, 2000, p. 5.

Em outra perspectiva, exposta na Figura 3, Silva e Melo (2000) ilustram um modelo mais complexo quando comparado ao primeiro (Figura 2) uma vez que considera os efeitos da

implementação sobre a fase da formulação num processo contínuo. Entretanto, esta visão continua a ser um processo simples e linear que, apesar de incluir a implementação e o monitoramento das ações, ainda valoriza a etapa de formulação com premissas exatas que não consideram as influências de outras variáveis (SILVA; MELO, 2000). Desta forma, este modelo também representa uma concepção *top down* de política pública.

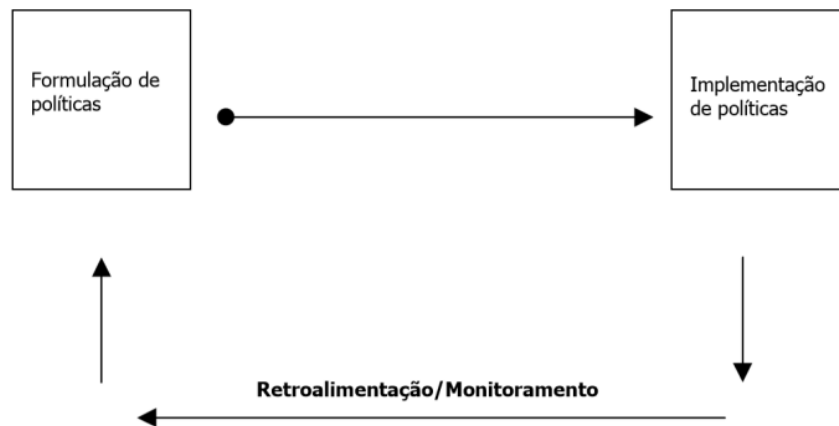


Figura 3: A visão do Policy Cycle como um processo simples e linear
Fonte: Silva e Melo, 2000, p. 5.

Nesta perspectiva, entende-se que a formulação foi desenvolvida a partir de um diagnóstico correto da realidade, numa situação em que os formuladores estão apropriados das informações essenciais para a construção da política, além de dispor de um modelo causal compatível com a realidade. Ambos os modelos apresentados nas figuras 2 e 3 encontram-se em consonância com uma visão *top down* de implementação (SILVA; MELO, 2000).

Na sequência, Silva e Melo (2000) propõem um terceiro modelo (Figura 4), que compreende a implementação como um jogo, um processo autônomo em que se estabelecem relações não lineares, mas atravessadas por uma rede complexa de atores composta por formuladores, implementadores, beneficiados e *stakeholders* (atores e/ou grupos que são envolvidos ou estão interessados em determinadas políticas públicas), que dão sustentação para a política.



Figura 4: O Policy Cycle como aprendizado
Fonte: Silva e Melo, 2000, p. 14.

Neste sentido, a implementação constitui-se enquanto fonte de informações capaz de auxiliar os formuladores na construção de políticas, em uma ação retroalimentar na qual as traduções de políticas em intervenções promovem novos arranjos nas políticas. Esta perspectiva incorpora a noção de *policy learning*, ou seja, o *policy cycle* enquanto um processo de aprendizagem que envolve contínua (re)formulação (SILVA; MELO, 2000).

Sabatier e Mazmanian (1993) também reforçam a visão da implementação enquanto uma série de jogos em que participam diversos atores, cada um tentando defender os seus interesses. Desta forma, há a necessidade de incluir na discussão a análise das relações entre o comportamento individual e o contexto político, econômico e legal da implementação.

Retomando as abordagens representadas pelas figuras 2, 3 e 4, estas se encontram relacionadas a duas perspectivas que são apresentadas, por Lima e D'Ascenzi (2013), como hegemônicas na análise do processo de implementação de políticas públicas: a abordagem *top down* (Figuras 2 e 3) e a abordagem *bottom up* (Figura 4).

A primeira abordagem enfatiza, primordialmente, a formulação de políticas públicas e percebe a implementação como a fase que deve colocar em prática as metas previstas na formulação. A segunda abordagem representa um modelo que considera as redes de relações dos agentes implementadores e o nível de autonomia de cada agente no momento das decisões feitas com base em seus referenciais, posições e funções sociais, o que vem a determinar a natureza, a quantidade e a qualidade das ações ofertadas e a seleção de quem receberá os benefícios da prestação de serviços do Estado (ARRETCHE, 2001).

2.1 Os Modelos *Top Down* e *Bottom Up*

Na apresentação dos modelos teóricos *top down* e *bottom up*, observa-se uma clara divisão do trabalho entre decisão e operacionalização. Na primeira abordagem, há uma valorização do trabalho dos formuladores, como sendo aqueles que exercem uma função central e de caráter intelectual. Em contrapartida, há uma desvalorização dos agentes implementadores, considerados como meros executores, ou seja, transformadores de políticas em ações com base em diretrizes e objetivos definidos fora de sua jurisdição.

O modelo *top down* segue etapas rígidas e apresenta uma distinção clara entre as decisões tomadas durante a fase de formulação das políticas e a operacionalização de planos e programas durante a fase de implementação, ambas percebidas a partir de arenas e atores diferentes. Nesta abordagem observa-se uma nítida distinção entre quem são os decisores políticos e quem são os agentes que devem implementar as políticas, procurando estabelecer uma delimitação sobre os papéis e funções pertencentes a cada ator e a cada fase (PARSONS, 2007).

Parsons (2007) ainda destaca que o modelo *top down* apresenta como objetivo na fase de formulação a criação de um conjunto de etapas sequenciais e passível de replicação em qualquer espaço, independente de outras variáveis tais como fatores ambientais, históricos, culturais, relacionais e sociais. De tal maneira, ao serem colocadas em ação pelos agentes implementadores, estas determinações deveriam seguir uma lógica hierárquica para então alcançar os objetivos exatamente conforme foram previstos.

Segundo Lima e D'Ascenzi (2013), os formuladores procuram construir uma política bem definida em seus objetivos, recursos, formas de financiamento e definição de responsabilidades dos agentes implementadores, a fim de que sejam evitados o maior número possível de imprevistos. Para que isso ocorra, Parsons (2007) apresenta cinco condições presentes na literatura que, ao serem reproduzidas sem alterações, possibilitariam a conclusão da implementação de maneira exitosa e sem situações inesperadas. Essas condições são descritas da seguinte forma:

La implementación ideal es producto de una organización unitaria de tipo "militar", con líneas de autoridad claras; las normas se respetan y los objetivos se expresan; las personas hacen aquello que se les dice y se les pide; existe una comunicación perfecta dentro y entre las unidades de la organización; no hay presiones de tiempo (PARSONS, 2007, p. 485).

Por meio destas condições seria possível ter total controle referente aos recursos, aos indivíduos e as organizações responsáveis pelo planejamento e desenvolvimento das etapas de uma política pública, de maneira a atingir de forma efetiva as metas claramente definidas durante a formulação (PARSONS, 2007).

Lima e D'Ascenzi (2013) citam que, apesar de Mazmanian e Sabatier proporem uma listagem de condições importantes para a implementação, não é possível definir *a priori* variáveis determinadas para avaliar a possibilidade de atingir os objetivos delimitados. Desta forma, a existência de especificações muito rigorosas não são garantias de sucesso na fase de implementação e da ausência de acontecimentos inesperados, mas, antes de qualquer coisa, delimitações restritas são capazes de limitar a atuação dos agentes implementadores e, por fim, podem ocasionar uma tensão entre a autonomia dos agentes implementadores e as exigências previstas na legislação.

Desta forma, a visão *top down* mostra-se frágil ao desconsiderar que as políticas públicas são imprevisíveis e passíveis de diversas influências que fogem ao estabelecimento de objetivos rígidos. À vista disso, Silva e Melo (2000) consideram que o momento de formulação, na verdade, estaria envolvido por um ambiente de insegurança e incertezas que dificultaria a criação de metas e objetivos claros para a implementação.

Os autores elencam quatro fatores que expressam a insegurança presente no momento da formulação: i) os formuladores operam a partir de conhecimentos limitados, devido à complexidade dos fenômenos estudados e às limitações de tempo e recursos; ii) os formuladores não tem capacidade para prever todas as possibilidades de imprevistos; iii) a discricionariedade assume uma dimensão que é imprevisível aos formuladores; iv) não há imparcialidade diante das decisões tomadas, pois os formuladores também estão atravessados por questões culturais e sociais, valores pessoais, visões de mundo, além das interferências políticas que influenciam nas suas decisões (SILVA; MELO, 2000).

Em consideração ao modelo *top down*, Silva e Melo (2000, p. 8) também citam que este se encontra sustentado por uma visão idealista e ingênua de como funciona a administração pública, uma vez que a entende como “um mecanismo operativo perfeito”, que se caracteriza pela ocorrência de “informação perfeita, recursos ilimitados, coordenação perfeita, controle, hierarquia, clareza de objetivos, *enforcement* de regras perfeitas e uniformes, linhas únicas de comando e autoridade, além de legitimidade política e consenso quanto ao programa ou política”.

A partir de críticas a esta forma de compreensão acerca do funcionamento da administração pública, baseada em pressupostos normativos e distantes da realidade,

percebeu-se a necessidade de compreender a implementação das políticas públicas de outra maneira. Além do mais, considerou-se que a instância federal não era capaz de elaborar políticas amplas que contemplassem todas as situações imprevistas e imprecisas que constituem as realidades particulares de cada território. Desta forma, surgiu como proposta o modelo *bottom up* (PARSONS, 2007).

De acordo com Parsons (2007) este novo modelo deveria assumir uma perspectiva que considerasse a política pública um processo mais complexo e com menor ênfase no estabelecimento rígido de funções, objetivos e condições prescritivas.

Baptista e Rezende (2011) referem que o modelo *bottom up* parte do princípio de que a implementação se define na execução da política em nível concreto, que ela se dá nas decisões improvisadas pelos agentes implementadores no momento da prestação direta de serviços na rotina das organizações. Igualmente, parte do princípio que a alta administração não consegue exercer um controle perfeito sobre o processo das políticas públicas devido à multiplicidade de características inerentes a um território tão amplo quanto o brasileiro.

Segundo Baptista e Mattos (2011), faz-se necessário que as produções sobre políticas públicas possam

[...] contribuir para um pensamento político crítico onde a análise de uma política valorize os processos e sujeitos (portadores de saber e poder) envolvidos na construção da ação política governamental e não-governamental e que produzem efeitos na sociedade, não se restringindo aos enunciados oficiais ou instituições formais (BAPTISTA; MATTOS, 2011, p. 65).

A partir desta citação pode-se realizar duas observações:

i) a constatação dos autores apreende o sentido mais amplo das políticas públicas, o qual incorpora a ação não-governamental. É predominante na literatura a compreensão de política pública enquanto prática dos governos e de seus representantes, decorrente da construção histórica do conceito de Estado que demarcou uma separação entre quem governa (e decide) e quem é governado. Esta “[...] construção reforçou uma divisão de papéis a serem exercidos pelo Estado e pela sociedade, como se existissem duas partes diferentes de um conjunto, que, no melhor dos mundos, se relacionam” (BAPTISTA; MATTOS, 2011, p. 61), promovendo uma valorização dos aparatos estatais.

ii) a segunda observação refere-se à necessidade da existência de movimentos de ruptura com a visão normativa das políticas, para que possa emergir a potência de vida que atravessa o campo das políticas públicas. Neste mesmo sentido, Silva e Melo (2000) defendem que a implementação também é responsável por criar políticas, na medida em que

os agentes implementadores tornam-se responsáveis por tomar decisões importantes baseadas na prática cotidiana e em suas experiências individuais, as quais não são restritas às propostas prescritas pela legislação. É este movimento que, segundo os autores, exala o extraordinário da vida.

Consequentemente, expande-se a noção que coloca os agentes implementadores como meros responsáveis por transformar metas e objetivos em práticas, pois procura-se incorporar na discussão da análise de políticas públicas a atuação dos agentes implementadores no processo de implementação (LOTTA, 2012b).

Para Villanueva (1993), a implementação vai seguir a linha do modelo *top down* ou do modelo *bottom up* dependendo das características e das tradições do sistema político-administrativo em que se decidem e executam as políticas. Desta forma, o que os autores que estudam o processo de implementação evidenciam é a importância da dimensão política e organizacional para a política pública, gerando impactos sobre as condições reais da vida da população.

Neste sentido, as duas perspectivas têm características importantes para que as políticas públicas possam ser efetivas em seus objetivos e funções, apesar de Gontijo (2010) apontar que o segundo modelo apresenta melhores resultados quando comparado com o primeiro.

Diante disso, a partir da visão *bottom up*, a implementação é considerada uma etapa adequada para o exercício da autonomia, uma vez que reconhece o poder dos agentes implementadores em tomar decisões e fazer políticas. Neste sentido, um conceito importante dentro deste modelo, e para esta dissertação, é o de discricionariedade.

Lotta (2012b) aponta que a discricionariedade geralmente não integra à análise das políticas públicas em razão de ser considerada um resíduo a ser eliminado por inibir o controle e a coordenação da gestão. A autora afirma, ainda, que um dos problemas na análise das políticas públicas é a ausência de estudos que considerem o entendimento dos implementadores sobre as políticas públicas e a compreensão das formas de implementação, a partir do conceito de discricionariedade.

2.2 Atuação dos Agentes Implementadores e o Poder de Discricionariedade

Lotta (2012b) aponta Weber como um dos primeiros teóricos a realizar estudos sobre a burocracia e destaca que, em seus trabalhos, predominava a compreensão dos burocratas como responsáveis pela execução de serviços de forma apática, sem desejos, paixões e

juízos, apenas como responsáveis pelo cumprimento de normas e execução de funções. Entretanto, com a modernização do papel do Estado, surgem modelos teóricos sobre outros burocratas, o que modificou a compreensão sobre o relacionamento entre Estado e sociedade.

Deste então, estudos sobre novos atores dentro da burocracia têm ganhado relevância, na medida em que se observou sua contribuição para uma compreensão efetiva sobre o papel do Estado. No Brasil, as pesquisas sobre burocracia geralmente estão centradas na função e atuação dos funcionários do alto escalão, especialmente aqueles posicionados em nível federal (CAVALCANTE; LOTTA, 2015). No entanto, há outros burocratas envolvidos com a implementação de políticas públicas e que vêm ganhando destaque na literatura especializada, a saber: os burocratas de médio escalão (BME) e os burocratas de nível de rua (BNR).

O trabalho desenvolvido por Lipsky em 1980, destacado por vários autores (PIRES, 2009; LOTTA, 2012a; 2012b; OLIVEIRA, 2012; EVANS, 2014; LIMA; DASCENZI, 2013; 2014), é considerado pioneiro no estudo sobre os burocratas de nível de rua. Em contrapartida, estudos sobre os burocratas de médio escalão ainda são recentes e escassos na literatura nacional e internacional (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2014).

Os burocratas de médio escalão são atores que desempenham uma função intermediária no campo de estudo das burocracias e, neste sentido, participam do processo de pensar e de fazer políticas públicas na prática e, portanto, são agentes apropriados para a promoção de intervenções inovadoras.

Conforme Lotta, Pires e Oliveira (2014), há pelos menos três principais fatores que tornam importante a inclusão dos BME na análise de políticas públicas, sendo eles: i) os avanços no processo de descentralização iniciado pelo movimento de redemocratização do Estado nos anos de 1980; ii) a influência desses agentes nas novas formas de governança e; iii) a orientação direcionada aos usuários dos serviços.

Ao contrário do agente de rua, os BME são os agentes encarregados de estabelecer o elo que conecta duas extremidades do jogo da implementação: os agentes de nível de rua e os agentes do alto escalão, responsáveis pela formulação das políticas. Ou seja, os BME recebem, sistematizam e disseminam informações, tanto para os níveis superiores quanto para os níveis inferiores da organização, e são encarregados de produzir mecanismos de controle e regulação do processo de implementação de políticas públicas (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2014). Nestas circunstâncias, Cavalcante e Lotta (2015) afirmam que os burocratas de médio escalão têm como responsabilidade realizar a conexão entre as fases de formulação e de implementação.

Desta forma, os BME desempenham funções de gestão e direção intermediária e assumem cargos como coordenadores, supervisores, diretores, gerentes, o que os coloca como responsáveis por auxiliar na transformação de ideias e decisões em ações. Nestes cargos, os BME precisam desenvolver técnicas de negociação e de comunicação capazes de atingir os diferentes atores e agências envolvidos no processo e, assim, possibilitar que a política apresente resultados eficazes (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2014).

Além disso, os autores destacam que esta posição intermediária fez com que os burocratas de médio escalão ficassem em uma espécie de limbo conceitual, com poucos estudos e sem apresentar uma definição precisa e geral sobre o que os caracteriza, uma vez que diferentes abordagens enfocam diferentes aspectos de sua função (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2014).

Neste sentido, apesar de existir elementos que possibilitem uma conceituação para a função do BME, cada agência implementadora apresenta suas particularidades; isso permite a aceitação de diversas definições, pois, conforme destacam Cavalcante e Lotta (2015, p. 4), “na medida em que os contextos organizacionais são bastante distintos entre si, a própria ideia de ocupantes de cargos intermediários varia consideravelmente entre cada realidade”.

Deste modo, a análise do espaço institucional é indispensável para compreender qual a definição que prevalece sobre os papéis, as funções, o perfil e os impactos gerados pela atuação desses agentes. Complementando este entendimento, Cavalcante e Lotta (2015) dizem que uma das questões principais sobre o tema refere-se à compreensão de que não existe uma burocracia de médio escalão, mas sim distintas burocracias de médio escalão.

A partir de um estudo de revisão da literatura, Lotta, Pires e Oliveira (2014) apresentam três perspectivas mais focadas sobre a atuação e a influência dos burocratas de médio escalão na implementação de políticas públicas: a abordagem estrutural, individual e relacional. Os autores salientam que estas três perspectivas analíticas estão em igualdade com os princípios organizacionais de hierarquia, mercado e redes.

Dentro da restringida produção sobre os BME, a que tem se mostrado mais presente na literatura é a análise relacional, ou seja, a maneira com que os BME se relacionam com outros atores envolvidos com as políticas públicas (seus superiores, seus subordinados e/ou seus pares) e como a própria política é uma peça fundamental para a compreensão da sua atuação, a qual é marcada pela composição de diversas redes de atores governamentais e não governamentais (CAVALCANTE; LOTTA, 2015).

De modo geral, as pesquisas sobre os BME pretendem compreender de que maneira

[...] esses burocratas interagem com uma rede de atores internos e externos ao Estado; como influenciam e regulam as relações dos próprios implementadores; como mediam e mobilizam as relações entre implementação e formulação etc. Consideram, por fim, que esses burocratas são um elo fundamental entre as regras e sua aplicação prática, entre o mundo da política e o implementador que se relaciona com o usuário, entre as múltiplas agências e seus entendimentos para construção de consensos em torno das políticas públicas (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2014, p. 480).

Retomando a atribuição inicial sobre o papel dos BME, Lotta, Pires e Oliveira (2014) destacam que os BME estiveram ligados a uma visão clássica da administração na qual deveriam se responsabilizar por atividades de gerência, planejamento, coordenação e monitoramento das práticas. Entretanto, desde os anos de 1970, as funções dos BME estão em transformação e atualmente vêm ganhando um maior destaque em atividades interpessoais, informacionais e decisórias, na mesma medida em que é reduzida a ênfase no desenvolvimento de rotinas e em questões burocráticas de controle dos BNR.

Os autores também destacam que há uma dicotomia técnico-política na atuação das burocracias de médio escalão, posto que existe, por um lado, o desenvolvimento de uma função técnica juntamente com os BNR para dar (novos) significados às políticas, planejar e executar programas e, por outro, uma postura política que possibilita estabelecer relações de negociação e de barganha com os agentes do alto escalão. Caso os BME consigam “combinar sua inserção técnico especializada na organização com habilidades genéricas de gestão apresentam maior capacidade de influência” perante as decisões das organizações (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2014).

Nesta perspectiva, os BME são reconhecidos enquanto fonte de informações para o alto escalão, políticos e formuladores de políticas e também podem gerenciar equipes de BNR na construção de estratégias para implementação de políticas no contato direto com a população.

Outra figura de igual relevância para a discussão sobre burocracia são os burocratas de nível de rua, considerados protagonistas na implementação de políticas públicas. Estes agentes, da mesma forma que os BME, também assumem uma função intermediária, pois são os mediadores da relação entre o Estado e os cidadãos e, portanto, são a personificação do Estado nos níveis próximos às comunidades; suas práticas representam a ação do governo.

Desta forma, os BNR compõem a parcela de burocratas que atua diretamente na prestação de serviços para a população, sendo de sua competência o trabalho de traduzir políticas e programas em serviços e, conseqüentemente, realizar a implementação das políticas. Esta dinâmica acaba por afetar na quantidade e na qualidade das intervenções, sendo

os BNR os encarregados por aumentar a efetividade e o grau de resolutividade dos serviços prestados (OLIVEIRA, 2009).

Lotta (2012b) apresenta quatro fatores que, segundo Lipsky, expressam a importância dos agentes de rua integrarem a análise das políticas públicas, o que promoveu a crescente valorização do seu papel: i) eles integram grande parcela da burocracia pública; ii) há um elevado gasto com recursos públicos para o pagamento dos seus serviços; iii) devido ao fato de garantirem acesso a serviços que suprem as demandas da sociedade, conseguem exercer influência na vida das pessoas, principalmente as de baixa renda, sendo assim mais fácil contratar e capacitar os agentes de nível de rua do que planejar formas de transformar a situação de desigualdade de renda da população e; iv) tem aumentado o seu poder de barganha em função do fortalecimento dos sindicatos.

No Brasil, o trabalho de Lotta (2012a) sobre a implementação de um programa de saúde merece destaque por demonstrar empiricamente a relevância do papel da interação entre os burocratas de nível de rua, especificamente os agentes comunitários de saúde, e os usuários da política de saúde. Em seu estudo, a autora evidencia a influência de fatores relacionais para a implementação de políticas públicas por parte dos ACS, destacando que estes atores conhecem os usuários do serviço para além da relação profissional-paciente, pois pertencem ao mesmo território dos usuários. Desta forma, a autora defende que as formas de relação e interação são desencadeadoras de transformação no processo de implementação.

Dito isto, o Estado e seus governantes esperam que, a partir dos recursos fornecidos, os agentes de rua desenvolvam um trabalho que proporcione um equilíbrio entre a prestação de serviços (nem sempre prezando pela qualidade) e a quantidade de gastos públicos. Para Lipsky esta exigência geralmente provoca constrangimentos aos profissionais, principalmente pela falta de condições de trabalho adequadas e pela pressão por resultados com baixo custo, independentes da qualidade (LOTTA, 2012b).

Oliveira (2012) destaca que, no cotidiano dos serviços, os BNR enfrentam diversos constrangimentos e dilemas em razão de suas práticas envolverem a tomada de

[...] decisões de pronto em situações imprevistas e/ou marcadas pela ambiguidade, no calor do momento, sob a pressão direta e imediata do público e eles têm de decidir o que fazer por si mesmos, sem a ajuda dos supervisores, dos guias de procedimentos ou de precedentes (OLIVEIRA, 2012, p. 1556).

Analisando os BNR em sua posição intermediária, por vezes mediadora e, ao mesmo tempo, decisória, pode-se considerar que estes agentes sofrem pressão por dois lados

diferentes: por parte dos usuários dos serviços, os quais desejam atendimentos e prestação de serviço com qualidade, adequado às suas demandas, de forma a torná-los únicos em seus problemas; e, por outro lado, por parte dos burocratas do alto escalão e dos burocratas de médio escalão, para que seja realizada a maior quantidade possível de ações, e com o menor gasto público. Nesta trama de relações, os profissionais enfrentam constrangimentos que interferem nas suas práticas de trabalho (LOTTA, 2012b).

As condições de trabalho também interferem diretamente na capacidade de agir dos BNR, interferindo na qualidade dos serviços prestados. De acordo com Arretche (2001), essas condições de trabalho dependem de vários fatores, tais como: a quantidade de recursos disponibilizados aos agentes (financeiros, humanos, materiais), o tamanho da demanda existente no território assistido diante da capacidade da equipe e a possibilidade de formação e de acesso a informações por parte dos profissionais. Quando estes recursos são insuficientes, pode haver maior grau de constrangimentos e de frustração no cotidiano dos profissionais.

Diante destas situações, os agentes implementadores podem “se recusar a trabalhar sob as condições existentes na agência ou [...] podem realizar as tarefas de acordo com a letra da lei”. Agindo de tal maneira, não há necessidade de transgredir as normas, apenas segui-las à risca, pois “se a norma obriga, ela protege também o agente na ponta do sistema” (OLIVEIRA, 2012, p. 1555).

Segundo Oliveira, ao trabalharem sob condições adversas, os BNR podem começar a questionar sobre se as autoridades estão realmente preocupadas e implicadas na resolução de problemas daquele território; a partir disso, poderão surgir questionamentos sobre a legitimidade da hierarquia. Para o autor,

[...] à medida que, aos olhos deles, as diretrizes da hierarquia afastam-se das condições reais de trabalho, ameaçam seus interesses privados ou ignoram as características dos cidadãos individuais, eles tendem a desobedecê-las parcial ou totalmente. Como eles não são vigiados de perto pelos supervisores, eles têm a oportunidade de executar suas tarefas de acordo com suas preferências e com suas concepções do público a que servem (OLIVEIRA, 2012, p. 1557).

Caso isso ocorra, os burocratas do alto escalão precisarão encontrar maneiras de motivar novamente os agentes responsáveis pela implementação, geralmente por meio de incentivos econômicos e ligados ao desempenho da agência, pois são atores que não se preocupam com a imagem pública tal como ocorre com as autoridades eleitas (OLIVEIRA, 2012).

Segundo Oliveira (2012, p. 1570) o que se apresenta enquanto maior desafio “[...] permanece sendo a produção de mecanismos de regulação que não apenas punam os desviantes, mas que detenham a conduta indevida, sem que inibam o poder de iniciativa do ator, ou seja, sem que o desestimulem a agir de acordo com seu próprio juízo”. De outro modo, os beneficiados poderão vir a ser prejudicados na prestação dos serviços.

Cavalcante, Camões e Knop (2015, p. 65), com base em uma pesquisa realizada por Tummers e Bekkers envolvendo profissionais da área da saúde, demonstraram a influência positiva da discricionariedade diante da implementação de políticas por parte desses profissionais, afirmando que “quando o burocrata percebe que tem autonomia para ajustar a política às necessidades e desejos do cidadão, esse tende a dar relevância/significado para a política, e esse efeito positivo da discricionariedade aumenta a disposição do burocrata para implementar a política”.

A discricionariedade refere-se ao poder de decisão dos agentes implementadores direcionado para a ação ou omissão na prestação de serviços em consonância com os conhecimentos especializados dos profissionais, as suas visões de mundo, as suas experiências pessoais, as suas posições e relações sociais, os seus incentivos e constrangimentos inerentes ao campo de práticas (OLIVEIRA, 2012).

Neste sentido, a discricionariedade tem efeito na forma em que ocorre a implementação das políticas públicas, visto que os agentes implementadores são os responsáveis por traduzir as políticas, programas e planos em prestação de serviços para os cidadãos, na rotina dos serviços públicos (EVANS, 2014).

No cotidiano de trabalho, percebe-se que “os agentes implementadores encontram muitas incertezas e devem determinar o que a política pública significa na prática e, acima de tudo, como performá-la. Nesse processo, os agentes implementadores acabam por descobrir diversas possibilidades de implementação e precisam decidir qual utilizar” (LOTTA, 2012b, p. 12), fazendo isso por meio do poder discricionário.

Desta forma, Lima e D’Ascenzi (2013, p. 4) defendem a perspectiva de que os agentes implementadores também precisam ser compreendidos enquanto participantes do processo de formulação, de modo que “a implementação é percebida como um processo iterativo de formulação, implementação e reformulação”, posto que a política transforma-se na medida em que é executada. Desta maneira, as decisões não se encontram centradas somente na fase da formulação, as decisões também precisam estar presentes no momento da implementação das políticas.

A discricionariedade, portanto, permite colocar em prática a criatividade dos agentes implementadores a fim de promover ações inovadoras que não são passíveis de serem previstas com exatidão pelos formuladores da política, nem replicadas em diferentes contextos. De tal modo, Oliveira (2012) destaca que as determinações estabelecidas formalmente pelas políticas não conseguem abranger todas as possibilidades de casos concretos, permitindo que os BNR criem mecanismos e rotinas de prática capazes de delimitar a demanda a partir dos constrangimentos e condições (limitadoras) de trabalho que encontram no cotidiano (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Evans (2014) compreende que o exercício de discricionariedade dos agentes implementadores não se sustenta apenas na detenção e no domínio de conhecimentos técnicos especializados de cada profissão, mas também leva em consideração que o agir destes trabalhadores é atravessado por padrões estabelecidos pela ética profissional, que, por sua vez, influenciará no desenvolvimento de mecanismos e rotinas de trabalho.

Segundo Oliveira (2012), os recursos disponíveis para as agências implementadoras geralmente estão muito abaixo do necessário para estabelecer e manter as propostas de prestação de serviços aos cidadãos. Conseqüentemente, os BNR precisam usar do poder de discricionariedade para planejar e executar ações que se adaptem às prioridades do território e das pessoas e que sejam acessíveis com os recursos repassados. Em relação à disponibilidade de recursos, Lima e D'Ascenzi (2013) destacam que os profissionais tendem a organizar seu trabalho a fim de restringir a demanda e a potencializar os recursos limitados que recebem para conseguir atingir resultados próximos ao esperado.

Desta forma, as decisões tomadas acerca das ações ou omissões e sobre quem serão os beneficiários das intervenções estão baseadas em critérios que cada agente implementador (ou a organização como um sistema) cria para enfrentar as várias dificuldades presentes no seu cotidiano. Segundo Oliveira, essas dificuldades estariam relacionadas aos seguintes fatores: as incertezas diante de situações inesperadas, a crescente demanda por serviços de qualidade, a falta de recursos e a formulação de políticas com objetivos vagos e incoerentes com a realidade, produzindo restrições, ou até mesmo, a inviabilidade de sua concretização na prática cotidiana dos serviços (OLIVEIRA, 2012).

No exercício da sua discricionariedade, Arretche (2001) afirma que os burocratas responsáveis pela implementação podem vir a desenvolver preferências por determinados grupos de beneficiários em detrimento de outros, expressando uma decisão tomada pelos agentes implementadores que compõe a instituição. Desta forma,

[...] as decisões dos burocratas que desempenham atividades-fim, as rotinas que eles estabelecem, os expedientes que eles criam para contornar a incerteza e as pressões, eis o que vêm a ser de fato as políticas públicas. Eu argumento que a política pública não é bem entendida se observada pelo ângulo da legislatura ou do alto nível da administração, porque em diversos aspectos importantes ela é realmente feita nos escritórios lotados e nos encontros diários da burocracia. [...] trabalhadores, clientes e os cidadãos em geral “experimentam” a burocracia que desempenha atividade-fim por meio dos conflitos que estes encontram para tornar o desempenho de suas funções mais consistente com suas próprias preferências e compromissos (LIPSKY, 1980 apud ARRETCHE, 2001, p. 47).

Segundo Oliveira (2012), o BNR é cobrado para agir conforme as demandas da população à qual presta serviços e que o procura enquanto representante do Estado, capaz de suprir suas necessidades e problemas individuais. Entretanto, nem sempre é possível atender a população de acordo com a letra da lei, pois os formuladores do alto escalão não conseguem contemplar todas as particularidades e demandas existentes na medida em que, para eles, os cidadãos são abstrações.

Cabe então aos agentes implementadores a função de fazer a política na prática, implementando efetivamente as políticas públicas no cotidiano dos serviços para os cidadãos em sua forma material. Neste sentido, os BNR são os responsáveis pela execução das ações, por alocar recursos, enfrentar constrangimentos e decidir pela ação ou inação, delimitando ou expandindo as oportunidades do público-alvo ao qual se direcionam as práticas (LOTTA, 2012b). Da mesma forma, Oliveira (2012) ainda destaca que os agentes implementadores tornam-se fazedores de política, com o diferencial de não precisar prestar contas para a população, tal como ocorre com as autoridades do alto escalão.

O poder discricionário também foge à capacidade racional do formulador, uma vez que está intimamente relacionado aos valores e preferências pessoais, à trajetória individual (pessoal e profissional) de cada agente implementador, na mesma medida em que é incentivado pelo acesso à formação, informações e capacitação e pelas características das instituições em que os BNR atuam, além das relações entre ambos. Desta maneira, estes fatores são determinantes na construção de significados sobre o trabalho, sobre as políticas públicas e sobre quem é o público-alvo (LOTTA, 2012b).

Diante das dificuldades do processo de implementação de políticas, Evans (2014) argumenta que os agentes implementadores desenvolvem costumes e rotinas para conseguir enfrentar o estresse diário e os constrangimentos para, desta forma, conseguirem realizar o seu trabalho de maneira mais eficiente. O desenvolvimento destas rotinas pode refletir um comportamento de interesse pessoal dos agentes e, em muitos momentos, pode demonstrar um compromisso distante daquele assumido pelas agências implementadoras ou da

necessidade apresentada pelos usuários que procuram a prestação de serviços dos profissionais de nível de rua.

Da outra maneira, Lotta (2012b), com base nos estudos de Lipsky, compreende que a ação dos agentes implementadores pode vir a se tornar o comportamento da agência a qual o profissional representa. Desta forma, na mesma medida que as condições de trabalho influenciam na capacidade de agir do agente implementador, o comportamento deste reflete a visão construída sobre as agências. Portanto, a discussão sobre discricionariedade é fundamental tanto para compreender como a ação do Estado passa a ser representada através do trabalho dos agentes implementadores, como a maneira pela qual as questões institucionais interferem no trabalho dos implementadores.

Para Viana (1996), as características das agências implementadoras são importantes na implementação de políticas, mas também outras circunstâncias são relevantes para a análise, tais como: as condições políticas, econômicas e sociais e as formas através das quais as ações são executadas. A autora destaca que a avaliação das características das agências se dá através do tamanho, competência e autonomia da equipe, redes de comunicação, os níveis de hierarquia e a escolha da natureza do sistema de controle (coercitivo, remunerativo, normativo) conforme o tipo de organização, além dos desencadeamentos que as ações promovem.

De acordo com Oliveira (2012), são as agências e os agentes que legitimam o papel do Estado no dia-a-dia e, neste sentido, os agentes implementadores procuram encontrar uma forma de manter o equilíbrio entre seus pontos de vista e valores pessoais com a causalidade ambiental e as prescrições dos formuladores.

Portanto, em alguns momentos, os interesses dos formuladores e dos agentes implementadores podem não coincidir e, conseqüentemente, gerar resistências diante das diretrizes previstas na legislação no momento de implementação (OLIVEIRA, 2012). Ou seja, considerando a discricionariedade e a maneira como cada agente implementador se apropria das oportunidades e dos constrangimentos inerentes ao contexto e à prática institucional, as perspectivas e as visões diferentes entre distintos atores envolvidos no processo acabam ocasionando imprecisões e conflitos de interesse na fase de implementação.

Desta forma, Lotta (2012b) entende que

em relação às próprias políticas estabelecidas, os conflitos dos agentes de rua são centrados em três pontos: a) Conflitos entre as metas orientadas aos clientes e as metas com foco no social ou coletivo: até que ponto as políticas devem olhar os indivíduos e até que ponto devem olhar para as questões coletivas ou sociais?; b) Conflitos entre as metas orientadas aos clientes e as metas organizacionais: os

agentes devem dar tratamento individual ou devem criar processos de rotinização e tratamento coletivo das questões?; c) Conflitos entre as metas e as expectativas dos papéis: nascem da expectativa do público em relação ao trabalho dos agentes, das expectativas dos próprios agentes e das expectativas das políticas públicas (LOTTA, 2012b, p. 18).

Baptista e Rezende (2011) consideram que a resposta dos agentes implementadores diante de uma política, seja ela de aceitação, neutralidade ou rejeição, depende de algumas condições: o relacionamento entre formuladores e implementadores, as compreensões sobre a política a ser implementada, o conhecimento de cada fase do *policy cycle*, além da quantidade e abrangência de mudança necessário para que a nova política seja aceita e efetivada. Os autores ainda ressaltam que o último fator é o mais crítico, pois é este que determina o nível de consenso ou de conflito entre os atores que participam do processo.

De modo geral, a execução de políticas demanda uma ação em conjunto com várias organizações e em contextos que envolvem diversos atores, todos em interação. Segundo Gontijo (2010, p. 35), os conflitos de interesse, inerentes à dinâmica de relações humanas e que muitas vezes são percebidos como uma fragilidade, integram uma parte essencial da gestão pública. Neste sentido, ao integrar o campo de discussões sobre políticas públicas, os conflitos tornam-se uma potencialidade que permite criar relações de parceria entre atores e agências, bem como o estabelecimento de um ambiente cooperativo.

Desta maneira, o sucesso na consolidação de uma política está relacionado à capacidade de negociação e não à ausência de conflitos de interesse, mas contempla um atravessamento pelo posicionamento social dos atores, seus valores, suas crenças e suas ideias (LOTTA, 2012b).

3 OS ESPAÇOS INSTITUCIONAIS DA SAÚDE: AS DIFERENTES COMPLEXIDADES DO FAZER EM SAÚDE

De acordo com a Portaria nº 4279, que institui a Rede de Atenção à Saúde, o SUS é um sistema de políticas públicas que fornece sustentação ao fazer em saúde a partir de práticas que se disseminam em uma rede de serviços. Esta rede que integra o SUS é constituída por “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010b).

Desta forma, a rede é classificada em três níveis hierarquizados de atenção que compõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS): i) a Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica (baixa complexidade); ii) a Atenção Secundária à Saúde (média complexidade) e; iii) a Atenção Terciária à Saúde (alta complexidade).

A distribuição do SUS em uma rede com diferentes níveis de atenção é uma proposta que busca organizar as ações em saúde a fim de intervir em problemas e demandas de um dado território, bem como potencializar a construção e o fortalecimento de vínculos de solidariedade e de cooperação entre os profissionais, os serviços, os usuários e a comunidade (RODRIGUES et al., 2014).

A diferença entre os níveis de atenção encontra-se na densidade tecnológica de cada uma das estruturas. No entanto, apesar desta distribuição, as políticas públicas partem do princípio de que os níveis de atenção à saúde não estão em processo de descontinuidade, mas encontram-se integrados com o objetivo de proporcionar a redução de ações fragmentadas e falhas comunicacionais, promovendo um cuidado integral e universal nos atendimentos em saúde e, conseqüentemente, sendo capaz de produzir impactos positivos nos indicadores de saúde do país (BRASIL, 2010b).

O nível de atenção mais alto do SUS é o da chamada alta complexidade ou Atenção Terciária. Este é o nível de maior densidade tecnológica e o mais especializado da RAS, envolvendo maiores custos e a utilização de alta tecnologia em suas intervenções (BRASIL, 2009).

A média complexidade, chamada de Atenção Secundária, é um nível intermediário de cuidado, que se refere à “[...] ações e serviços que visem a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico” (BRASIL, 2009, p. 207). É designado à média complexidade a realização de

terapias especializadas, serviços ambulatoriais, entre outros, a partir de uma organização regionalizada (BRASIL, 2009).

Cabe ressaltar que os níveis de atenção de alta e de média complexidade são considerados como pontos de apoio para a atenção básica. Desta forma, embora a organização da rede aconteça em níveis hierárquicos, a mesma preza pelo estabelecimento de relações horizontais entre os pontos da rede e reconhece a atenção básica como o centro de comunicação da rede e a porta de entrada do SUS (BRASIL, 2012a).

Por fim, o nível de menor complexidade da rede de atenção é a Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica, termos tratados como sinônimos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2012a).

A atenção básica é considerada um espaço favorável para exercício do mais alto grau de descentralização e de capilaridade na rede de atenção à saúde, devido sua proximidade com as comunidades e com a vida das pessoas. Neste sentido, é possível aumentar a resolutividade das ações e promover a continuidade do cuidado à população de territórios definidos (BRASIL, 2012a).

Conforme a PNAB, a atenção básica é constituída por serviços capazes de proporcionar ações de prevenção diante de riscos à saúde da população; ações de promoção, proteção e manutenção da saúde e procedimentos para diagnóstico, tratamento e reabilitação a nível territorial, sendo que todas as práticas desenvolvidas pela atenção básica assumem um caráter individual e coletivo, a fim de garantir prestação de serviços de acordo com os princípios do SUS de universalidade, igualdade e equidade (BRASIL, 2012a).

Assim, por meio de ações continuadas sustentadas pelos princípios do SUS, a PNAB assume capacidade de resiliência, num movimento que acolhe toda a demanda de saúde e/ou de sofrimento presente no território de atuação dos serviços. Neste sentido, as intervenções são voltadas para a promoção de cuidado e de gestão mais democrática com a participação do controle social (BRASIL, 2012a).

Diante desta proposta, a atenção básica apresenta como serviço prioritário as Estratégias de Saúde da Família (ESF), responsáveis por atender toda a demanda de saúde em nível territorial (BRASIL, 2012a).

A potencialidade da atenção básica e, conseqüentemente das ESF, conforme apontado pela PNAB, está na possibilidade de desenvolvimento e exercício do mais alto nível de descentralização entre os pontos da RAS, considerando que os serviços da atenção básica se localizam em territórios específicos e tornam-se referência no cuidado à saúde daquela

população, o que também implica na aceitação deste papel por parte da comunidade (BRASIL, 2012a).

Esta aproximação com os vínculos comunitários possibilitada pela atenção básica e prevista em diversas políticas públicas de saúde pode ser considerada uma tentativa do governo de encontrar formas de superar alguns problemas relacionados à excessiva centralização das ações, a qual resulta em ações distantes das necessidades reais da comunidade, na baixa resolutividade e fragmentação das ações ofertadas pela rede e na redução da cobertura assistencial, podendo deixar parte da população desassistida, devido à falta de recursos.

A partir desta aproximação com o cotidiano das comunidades, o objetivo das políticas públicas de saúde é que estes problemas possam ser amenizados a partir de um funcionamento descentralizado que respeite as particularidades territoriais e crie vínculos entre os serviços, trabalhadores da área da saúde e usuários dos serviços. No entanto, a experiência no cotidiano dos serviços nem sempre demonstra a existência deste padrão de relacionamento, como se mostrou na discussão sobre descentralização no Capítulo 2.

Neste sentido, por ser considerada como um espaço propício para o exercício da descentralização (sem adentrar na discussão se ocorre efetivamente ou não) e por ser caracterizada como a porta de entrada do SUS, a atenção básica vem sendo colocada nas discussões sobre o tema enquanto possibilidade de ser o eixo estruturante da Rede de Atenção à Saúde.

Rodrigues et al. (2014) compreendem que o exercício de coordenação da RAS implica em um envolvimento que promova atenção continuada e integrada entre as equipes dos serviços e entre os níveis de atenção, em uma relação de horizontalidade. Desta forma, um aspecto importante que coloca a atenção básica como potencialidade para coordenação da RAS é a capacidade deste serviço em realizar ações integrais, intersetoriais e em interdependência entre agentes e serviços, a partir das demandas da própria comunidade (BRASIL, 2012a).

No entanto, os autores salientam que para a atenção básica assumir a coordenação da RAS faz-se necessário superar algumas fragilidades. Rodrigues et al. (2014) evidenciam enquanto questões a serem superadas a existência de deficiências nos processos de comunicação entre os serviços organizados em rede; as dificuldades de cooperação; o descompromisso de alguns profissionais com os resultados das políticas; a baixa transferência de recursos financeiros; entre outras.

Diante do exposto, Rodrigues et al. (2014) apontam que, apesar das fragilidades, as potencialidades da atenção básica se sobressaem e a tornam capaz de assumir esta responsabilidade, principalmente pelo investimento que está sendo realizado na direção de fortalecimento e integração das ESF na rede de atenção à saúde, inclusive através da propagação desta modalidade de serviço por todo o território brasileiro (RODRIGUES et al., 2014).

Neste mesmo sentido, o governo brasileiro, com vistas a fortalecer a atenção básica a partir das ESF, desenvolveu o Pacto pela Vida. O Pacto pela Vida é um compromisso firmado pelos gestores do SUS a fim de se comprometerem com mudanças nas condições que mais causam impactos na saúde da população. A partir deste movimento definiram-se metas e objetivos para que fosse possível estabelecer prioridades na área da saúde (BRASIL, 2006b).

Desta forma, o Pacto pela Vida prevê ampliar, qualificar e fortalecer a atenção básica através do reconhecimento da ESF como potencialidade para uma atenção territorial de qualidade, com incentivos para a constante qualificação profissional por meio da Educação Permanente em Saúde, cursos de especialização, de residência em saúde da família ou multiprofissional.

Outro ponto importante do Pacto pela Vida é a garantia de recursos materiais, humanos e financeiros por parte das três esferas governamentais, bem como a disponibilidade de infraestrutura adequada para obtenção das condições mínimas necessárias para o funcionamento das unidades de atenção básica (BRASIL, 2006b).

Desta forma, percebe-se que as condições deliberadas pelas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida – que integra o Pacto pela Saúde, juntamente com o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto pela Gestão do SUS – demonstram que o governo vem tentando investir nas Estratégias de Saúde da Família como principal instrumento da atenção básica que, quando bem equipada e preparada, pode assumir a coordenação das redes de atenção. Diante disso, entende-se como fundamental para a discussão a contextualização sobre as Estratégias de Saúde da Família.

3.1 As Estratégias de Saúde da Família no Contexto de Fortalecimento da Atenção Básica

As ESFs foram criadas com o objetivo de desconstruir um modelo assistencial de saúde, até então existente, fortemente centrado no complexo médico-hospitalar, sustentado por ações individualistas e curativas, e, a partir desta desconstrução, reconstruir e

institucionalizar outras estratégias de fazer em saúde, com vistas a produzir formas de cuidado em saúde com um enfoque comunitário com a prestação de serviços no contexto domiciliar (SCHNEIDER; LIMA, 2011; LOTTA, 2012a).

Estruturadas para estarem localizadas em territórios bem delimitados e próximos às comunidades, as ESFs são serviços que operam no planejamento e na execução de práticas de saúde direcionadas a uma população que apresenta determinadas condições específicas. Além do mais, por estarem próximas da vida cotidiana das comunidades, as ESFs podem contar com a intensa participação dos usuários do serviço (SCHNEIDER; LIMA, 2011). Desta maneira, a participação da população pode influenciar no formato que as ações assumem, conforme as demandas de cada território.

No que diz respeito à composição das equipes de Saúde da Família, o agente comunitário de saúde (ACS) é uma figura central nas ESFs. Este profissional se torna tão importante devido a sua maior proximidade com o campo de práticas das ESFs, ou seja, pelo fato de residir no território de atuação do serviço e ter uma identidade comunitária (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Desta forma, torna-se um ator-chave na implementação de políticas públicas de saúde e um agente fortalecedor de vínculos entre o Estado e as comunidades.

Conforme Giovanella e Mendonça (2012), a figura do ACS nasceu a partir da implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, criado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS). A criação do PACS foi uma iniciativa do governo no sentido de proporcionar a presença de representantes do Estado, mais especificamente daqueles relacionados ao campo da saúde, junto às populações com condições de saúde mais vulneráveis, a fim de produzir impactos positivos nos indicadores de saúde do país.

Desta maneira, o PACS proporcionou o aumento da garantia de acesso à atenção à saúde em lugares onde não havia assistência médica adequada ou mesmo em locais onde os serviços de saúde eram inexistentes. Neste sentido, as atribuições do ACS estavam relacionadas ao combate e controle de epidemias e à promoção de melhorias das condições de saúde das populações que residiam em áreas rurais e periurbanas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No entanto, este cenário começa a transformar-se quando foi iniciada a propagação da cobertura médico-sanitária em todo território nacional. Neste processo, Giovanella e Mendonça (2012) apontam que os ACS foram alvos de capacitações e ressignificaram suas práticas, passando a se responsabilizar por novas atribuições.

Neste sentido, de acordo com a PNAB (2012a), são atribuições específicas do ACS o trabalho a partir de microáreas, onde cada profissional é responsável por fazer o cadastro de todos os moradores de cada microárea, para, então, passar a realizar as seguintes atribuições: i) orientações para as famílias no que diz respeito ao direito ao acesso a serviços de saúde; ii) visitas domiciliares, geralmente programadas junto com os outros profissionais das equipes, com frequência de acordo com os critérios de risco e de vulnerabilidade de cada família; iii) ações para promover a integração entre a equipe da unidade e a população; iv) atividades visando a promoção da saúde, prevenção de doenças e outros agravos; v) ações educativas no âmbito domiciliar, comunitário e institucional; vi) manter a equipe de saúde informada a respeito de toda e qualquer situação de risco à saúde dos indivíduos e das coletividades e; vii) o acompanhamento dos condicionantes do Bolsa-Família e de outros programas de transferência de renda e para a redução de vulnerabilidades (BRASIL, 2012a).

Como se pode observar, as atribuições do ACS, em um primeiro momento, encontravam-se centradas em práticas curativas com enfoque individualista, e acabaram transformando-se em uma política que estabeleceu como prioridade o desenvolvimento de intervenções voltadas para ações preventivas e de promoção da saúde, com enfoque nas famílias e nas comunidades.

A partir deste movimento iniciado nos anos 1990, pretendeu-se promover o fortalecimento da atenção básica. Giovanella e Mendonça (2012) ainda apontam para outra grande mudança que fortaleceu o campo da atenção básica na década de 1990: a formulação e implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) no ano de 1994, a partir de um debate que contou com a participação dos militantes pela Reforma Sanitária (LOTTA, 2012a).

Naquele contexto, o PSF foi criado com o objetivo de: i) efetivar o programa de atenção básica, incluindo a participação do Brasil nas discussões que ocorriam no cenário internacional; ii) reorganizar o modelo de assistência à saúde até então vigente no Brasil e; iii) colaborar com a organização do SUS e com o processo de municipalização da saúde, instituídos no final dos anos de 1980 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Diante disso, a partir da consolidação do PSF e dos objetivos propostos na sua criação, o PACS foi alocado junto ao PSF. Posteriormente, na primeira década dos anos 2000, o PSF foi reorganizado e transformou-se em Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta mudança indicou mais que uma simples alteração na nomenclatura, pois representou uma reorganização do modelo assistencial, considerando que este deixou de ser um programa com caráter provisório direcionado às populações em situação de vulnerabilidade para se consolidar efetivamente como uma prática permanente, alusiva ao modelo de atenção básica.

A nova concepção de Saúde da Família preconizou a constituição de uma equipe mínima de trabalho com caráter multiprofissional e que, atualmente, deve ser composta pelas seguintes categorias profissionais: agentes comunitários de saúde, auxiliares ou técnicos de enfermagem, enfermeiros-coordenadores e médicos generalistas ou com especialização em saúde da família, podendo haver ainda um médico pediatra e um médico gineco-obstetra (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A ESF ainda pode ser dividida em duas modalidades: composta por equipe de saúde bucal ou sem equipe de saúde bucal. Nas equipes em que há profissionais de saúde bucal estão inclusos mais dois atores: o auxiliar ou técnico em saúde bucal e o cirurgião-dentista. No entanto, a PNAB possibilita a contratação de outros profissionais, que podem integrar as equipes de Saúde da Família de acordo com a “realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população” (BRASIL, 2012a, p. 37).

A PNAB também define que o tamanho da equipe de Saúde da Família vai depender das necessidades do território, sendo que a proposta é que cada ESF seja responsável pelo atendimento de, no máximo, quatro mil pessoas; além disso, cada ACS não deve ser responsável por mais de 750 pessoas, de forma a cobrir toda a área assistencial de abrangência do serviço (BRASIL, 2012a).

A partir da composição das equipes, o trabalho que é realizado pelos profissionais das ESFs envolve, enquanto função central, o acolhimento e a vinculação com base na escuta qualificada e a oferta de apoio para todas as pessoas que procuram o serviço. Desta forma, para o exercício de tais funções, a PNAB sustenta que a ESF “se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012a, p. 9).

Neste sentido, a PNAB orienta que o serviço prestado pelas ESFs possa promover ações mais adequadas diante das particularidades territoriais e a partir da multiplicidade de problemas de saúde que ocorrem com maior frequência e importância no território assistido. Em situações em que não é possível proporcionar o atendimento necessário e de qualidade na atenção básica, cabe à ESF a responsabilidade pelos encaminhamentos apropriados para os serviços da rede de atenção capazes de auxiliar a demanda do sujeito, de tal forma que a ESF assume a função de porta de entrada no sistema de saúde (BRASIL, 2012a).

Dentro desta perspectiva, as ESFs foram transformadas em uma diretriz federal, mas com o processo de implementação vinculado aos municípios, levando em consideração que a atenção básica precisava estar próxima aos territórios. Desta forma, as secretarias municipais

de saúde tornaram-se as responsáveis pela implementação das ESFs e pela organização da atenção básica em nível territorial, seguindo regras e normas estabelecidas em nível federal (LOTTA, 2012a).

No que diz respeito ao financiamento das práticas de saúde, o SUS prevê que esta responsabilidade deve ser compartilhada entre as três esferas governamentais – a União, os estados e os municípios. Desta forma, o financiamento da saúde ficou dividido em cinco blocos, sendo eles a: i) atenção básica; ii) atenção de média e alta complexidade; iii) vigilância em saúde; iv) assistência farmacêutica; e v) gestão do SUS (BRASIL, 2006).

No que diz respeito à importância da atenção básica, o governo está investindo no seu fortalecimento através dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Estes dispositivos também são serviços da APS e apresentam como objetivo a ampliação da capacidade de atuação e de resolutividade da atenção básica. Ou seja, o NASF atua como apoio nas ESFs, UBSs, academias de saúde e demais serviços de baixa complexidade, de tal forma, não possuem uma unidade física independente. Diante disso, os NASFs são responsáveis pelo apoio matricial de todas as equipes de Saúde da Família existentes em um município, no espaço da própria ESF (BRASIL, 2012a).

O NASF é composto por uma equipe que consta com a presença de profissionais de diferentes áreas do conhecimento e que não estão incluídos na equipe mínima da ESF, podendo ser formada por psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, nutricionistas, entre outros. Esta escolha se dá a partir das particularidades e necessidade de cada território, considerando as definições da PNAB (BRASIL, 2012a). A função do NASFs é dar suporte e apoio aos profissionais das ESF diante das necessidades de cada território no atendimento direto à população ou através de discussão de casos em equipe (BRASIL, 2012a).

3.2 As Estratégias de Saúde da Família no Cuidado aos Usuários de Drogas

Diante do processo de implementação de políticas públicas sobre drogas, Schneider et al. (2013) apontam que os CAPSAD, a partir de suas normativas, foram criados para assumir uma função estratégica na promoção de atenção integral aos usuários de drogas. Entretanto, também é importante citar que o trabalho com usuários de drogas ganha força a partir do fortalecimento de uma complexa rede de cuidados com diferentes níveis de atenção, incluindo dispositivos de saúde da atenção básica, devido à sua proximidade com o contexto de vida das pessoas e das comunidades (SCHNEIDER et al., 2013).

Neste sentido, a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas estabelece que

[...] a assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSAD), devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, programa de Agentes Comunitários de Saúde, e da Rede Básica de Saúde (BRASIL, 2010a, p. 20).

De tal modo, a PAIUAD determina que a atenção ao usuário de drogas envolve todos os níveis de atenção da RAS. Segundo Fontanella et al. (2011) apontam, reconhecer a atenção básica enquanto um dos principais componentes da rede de atenção a usuários de drogas é comprometer-se com uma discussão internacional que interfere na definição de agenda das políticas públicas.

No que se refere ao cuidado direcionado aos usuários de drogas, Fontanella et al. (2011) afirmam que, desde os anos de 1980, a atenção básica vem sendo reconhecida como uma importante estratégia para realizar a detecção precoce de situações de risco à saúde em decorrência do uso indevido de drogas.

Neste sentido, os profissionais dos serviços da atenção básica desempenham um papel importante na implementação das políticas públicas sobre drogas, na medida em que são capazes de acompanhar o processo de reinserção social dos usuários de drogas em uso indevido, de acolher e escutar os familiares e os usuários que não são acompanhados por serviços de saúde especializados e de promover ações de prevenção ao uso de drogas e de promoção da saúde no âmbito territorial, a partir de um enfoque comunitário, desde que inseridos em uma rede de atenção intersetorial (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

No entanto, apesar do incentivo que a atenção básica recebe em nível nacional e internacional, a PAIUAD também vem sendo articulada em conjunto com a Política Nacional de Saúde Mental, considerando a complexidade que a problemática das drogas assume na conjuntura atual. Desta forma, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) também é referida como modelo a ser seguido para o planejamento e execução das intervenções voltadas ao tema das drogas.

Dentro da perspectiva da saúde mental, a rede de atenção é pensada da seguinte forma:

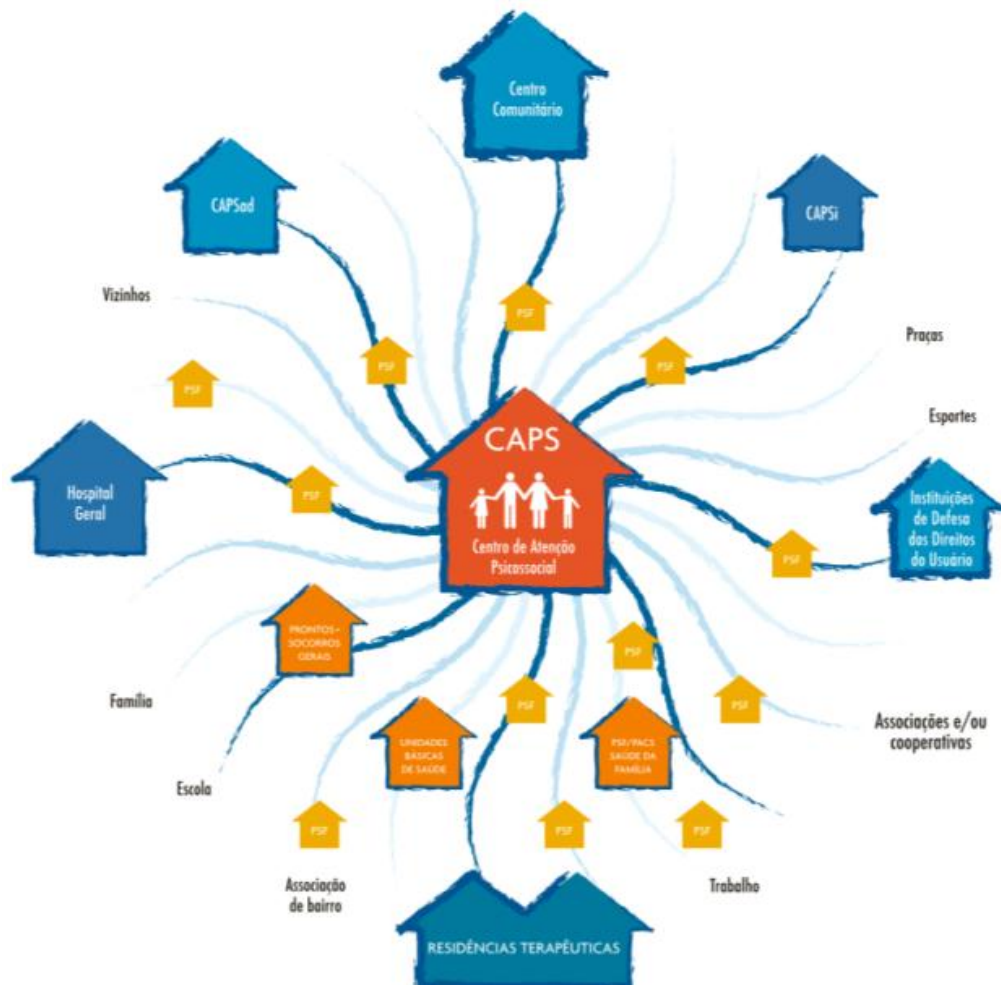


Figura 5: A Rede de Atenção à Saúde Mental
Fonte: BRASIL, 2004, p. 11.

A representação do CAPS ao centro da figura 6, que também pode fazer referência ao CAPSAD, assume esta posição perante as políticas públicas em decorrência destes serviços serem especializados e, atualmente, assumirem um papel estratégico no momento de articular uma rede intersetorial, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). No entanto, as redes são formadas por diversos nós representando diferentes serviços, sempre em interação.

Neste sentido, as políticas públicas representam discursos que sustentam que “O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento” (BRASIL, 2004, p. 12). De tal forma, os CAPS e os CAPSAD, de acordo com a lógica da saúde mental, são articuladores que

[...] deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-

sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc (BRASIL, 2004, p. 12).

Diante desse debate, esta relação entre a questão das drogas e a saúde mental merece um cuidado especial, pois apesar de estar alocada junto à saúde mental, a problemática das drogas não pode ser pautada por uma lógica racional estrita e dicotômica, que separa o sujeito entre corpo e mente. Ao contrário disso, a RAS e a RAPS devem ser articuladas junta a outras redes, como é proposto por Costa, Colugnati e Ronzani (2015), e expresso na figura abaixo.

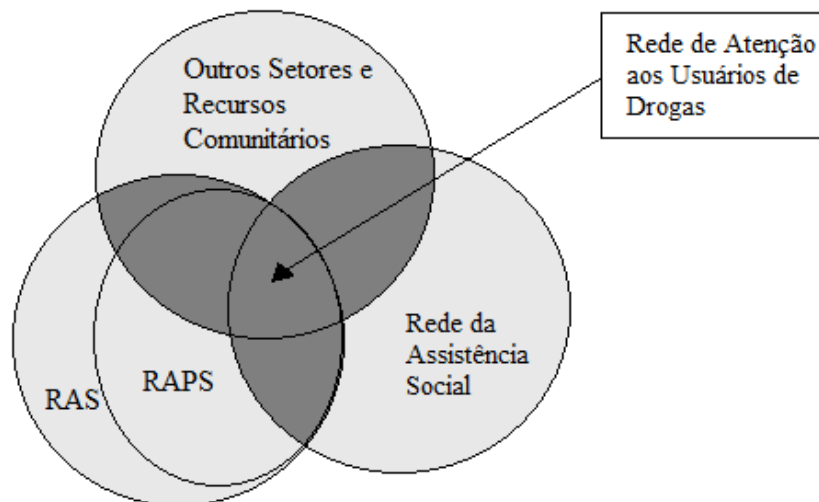


Figura 6: Conformação da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas
 Fonte: COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015, p. 55.

Observando a discussão e as figuras expostas acima, pode-se compreender que a Saúde Mental e a Atenção Básica são campos que atuam de maneira convergente, demonstrando o rompimento com uma visão dualista do homem enquanto razão *versus* emoção. Neste sentido, a RAS e a RAPS defendem um modelo mais complexo e menos reducionista no fazer em saúde, inclusive voltado aos usuários de drogas.

Para Mota (2011) o protagonismo e o comprometimento dos atores de nível de rua diante do funcionamento em rede está associado a maiores possibilidades de obter efetividade na implementação de políticas públicas sobre drogas, considerando o exercício de discricionariedade de cada agente implementador diante das práticas cotidianas nos territórios onde a vida acontece. No entanto, o protagonismo e a discricionariedade dos agentes dependem da disponibilidade de incentivos e de recursos adequados e suporte técnico, providos pela atenção especializada. Neste sentido, é necessária a disponibilidade de recursos apropriados e suficientes perante a especificidade de cada realidade territorial.

Diante disso, as ESFs, enquanto uma política “[...] indutora de mudança de modelos, vem apresentando resultados importantes no processo de atenção à saúde no âmbito do território”, considerando que a base deste trabalho está no acolhimento e atendimento centrado no vínculo, “[...] de forma a proporcionar ao trabalhador um novo modo de entender as famílias e a comunidade” (SCHNEIDER et al., 2015, p. 655).

Para Monken et al. (2008), o território é um mediador entre processos econômicos e sociais materializados em um espaço geográfico, representando, assim, uma importante ferramenta para a promoção de mudanças nos processos de saúde-doença, ainda limitados por um olhar higienista. Neste sentido, a partir da perspectiva da PNAB, considera-se os territórios como campo de práticas do cotidiano que estabelecem como padrão a vizinhança, cooperação e sentimentos de socialização e de proximidade, que interessam à saúde.

Desta maneira, investir no território é investir no espaço de vida das pessoas, das famílias e das comunidades, é o lugar onde a vida e os relacionamentos acontecem, as pessoas trabalham, amam, sonham (SANTOS, 2002), e é essa a base territorial, enquanto campo de produção histórica, social e política, que tenta resgatar as potencialidades e particularidades de cada comunidade no resgate da cidadania do usuário de drogas. Neste sentido, o tópico abaixo pretende apresentar como ocorreu a escolha pelas ESFs pesquisadas, suas características e alguns procedimentos metodológicos.

3.3 As Estratégias de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul: procedimentos metodológicos

Atualmente, Santa Cruz do Sul conta com 17 ESFs e com uma Coordenadoria Regional de Saúde, responsável por 13 municípios da região: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz.

Para a realização da pesquisa foram escolhidas duas ESFs, através de sugestões das burocratas de médio escalão que possuem relação direta com o trabalho realizado na atenção básica: a coordenadora da atenção básica no município, a coordenadora da atenção básica na Coordenaria Regional de Saúde e a coordenadora da saúde mental na Coordenaria Regional de Saúde.

A escolha levou em consideração o fato das ESFs se localizarem em territórios onde a questão das drogas é uma problemática constante. Segundo as BMEs, a ESF A está localizada em um território caracterizado pelo uso intenso e indevido de drogas; em contrapartida, a ESF

B foi mencionada pelas BME por ser considerado um local onde o tráfico de drogas se estabelece como central no município. Cabe ressaltar que as BMEs foram entrevistas de maneira individual e nenhuma delas soube, pela pesquisadora, qual havia sido a indicação da outra profissional, o que pode indicar a existência de um diálogo entre a rede e as profissionais no que diz respeito a problemática das drogas no município. Assim, observa-se que há um consenso entre essas profissionais a respeito de particularidades territoriais que precisam ser consideradas.

Em relação ao espaço físico, a ESF A possuía espaço adequado para recepção, com cinco salas para atendimentos (médico, odontológico, consultas de enfermagem), uma farmácia e uma sala grande, que comportava o tamanho da equipe, para a realização de reuniões, trocas de informações e orientações. Apesar disso, observou-se algumas deficiências estruturais e de recursos humanos, pois, no momento da pesquisa, havia apenas três agentes comunitárias de saúde para dar conta de seis microáreas de cobertura.

Na ESF B a situação do espaço físico era mais precária, não havia sala adequada para atendimentos em grupo, reuniões, troca de informações e orientações. O lugar utilizado para as reuniões de equipe não acomodava todos os profissionais e havia quatro salas para atendimentos (médico, odontológico, consultas de enfermagem), nas quais não cabiam mais que dois adultos sentados e uma criança. De modo geral, o espaço era pequeno e ficava anexo a uma estrutura maior utilizada como Escola de Educação Infantil (EMEI), separadas apenas por uma parede interna e por uma grade no pátio.

No segundo dia marcado para dar continuidade às entrevistas, a ESF B havia mudado de endereço. No entanto não houve melhorias nas condições estruturais. O espaço era menor, faltavam salas para atendimento individual e para a equipe se reunir. Para os encontros cotidianos os profissionais se reuniam em uma cozinha, onde cabiam cerca de quatro pessoas sentadas e duas em pé.

Em relação às equipes de Saúde da Família, a ESF A teve sua ativação no ano de 1998 (CNES, 2015). Atualmente possui uma equipe composta por uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, um médico especialista em saúde da família, um médico pediatra, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal e três agentes comunitários de saúde, sendo que a equipe possui apenas a metade das ACS necessárias para a população assistida deixando três microáreas desassistidas. Abaixo se apresenta um quadro com informações sobre os burocratas de nível de rua, da ESF A.

Quadro 1 – Composição da equipe na ESF A

Atividade	Equipe Mínima	Carga Horária	Ano de Contratação
Agente Comunitária de Saúde	Sim	40	2003
Agente Comunitária de Saúde	Sim	40	2004
Agente Comunitária de Saúde	Sim	40	2011
Auxiliar de Saúde Bucal	Sim	40	2012
Cirurgião Dentista	Sim	40	2013
Enfermeiro	Sim	40	2007
Médico (Mais Médicos)	Sim	40	2014
Médico Pediatra	Não	4	2013
Técnico de Enfermagem	Sim	40	2011
Técnico de Enfermagem	Sim	40	2014

Fonte: Cnes, 2015.

Na ESF B, a equipe era composta por uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, um médico especialista em saúde da família, um médico pediatra, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde. A ESF B tem como data de início de trabalho o ano de 1998, tal como a ESF A (CNES, 2015). Abaixo está apresentado um quadro com informações sobre os burocratas de nível de rua, da ESF B.

Cabe destacar que na ESF B um dos profissionais técnicos em enfermagem optou em não participar da entrevista, após ser apresentada à temática da pesquisa. De forma discreta, apenas mencionou que não gostaria de responder as questões. Este dado é relevante para análise de dados, considerando que a participação foi recusada devido à temática de estudo.

Quadro 2 – Composição da equipe na ESF B

Atividade	Equipe Mínima	Carga Horária	Ano de Contratação
Agente Comunitária de Saúde	Sim	40	1998
Agente Comunitária de Saúde	Sim	40	1998
Agente Comunitária de Saúde	Sim	40	2003
Agente Comunitária de Saúde	Sim	40	2009
Agente Comunitária de Saúde	Sim	40	2012

Agente Comunitária de Saúde	Sim	40	2012
Auxiliar de Saúde Bucal	Sim	40	2012
Cirurgião Dentista	Sim	40	2009
Enfermeiro	Sim	40	2012
Médico Pediatra	Não	4	2008
Médico	Sim	40	2014
Técnico de Enfermagem	Sim	40	2014
Técnico de Enfermagem	Sim	40	2013

Fonte: CNES, 2015.

Ao final, os participantes selecionados foram: 16 profissionais burocratas de nível de rua e três profissionais burocratas de médio escalão (Anexo A). Para cada segmento foi construído instrumento específico para a coleta de dados, o que resultou em dois roteiros de entrevista distintos. A escolha e o desenvolvimento dos instrumentos ocorreram levando em consideração que a realização de pesquisas sociais pressupõe a escolha de uma metodologia capaz de abordar os significados e as intencionalidades dos agentes envolvidos nos processos sociais estudados, bem como captar os aspectos estruturais presentes nestes processos (MINAYO, 1993).

Quando se estabelece um diálogo, tanto o locutor quanto o ouvinte estão situados em um momento histórico, em um espaço geográfico, vinculados a uma comunidade com crenças, valores, ideologias, a uma formação profissional. Neste sentido, a entrevista semiestruturada foi escolhida para realizar a coleta de dados por ser considerada um instrumento que possibilita captar os sentidos produzidos pelos profissionais e, assim, promover a análise dos significados presentes nos discursos, construídos socialmente e reproduzidos no cotidiano das práticas (MINAYO, 1993). Portanto, as entrevistas constituíram-se na principal técnica de coleta de dados desta dissertação, além da análise de prontuários das ESFs. Cabe destacar que, durante as entrevistas, foi importante adequar o uso da linguagem conforme a situação e o profissional ao qual se dirigia a entrevista.

As entrevistas com os agentes de nível de rua foram realizadas no espaço das Estratégias de Saúde da Família. Já as entrevistas com os burocratas de médio escalão aconteceram nos seus espaços de trabalho, ou seja, na Secretaria de Saúde de Santa Cruz do Sul e na Coordenadoria Regional de Saúde.

Para cumprir com as exigências éticas de pesquisas com seres humanos, previstas na Resolução nº 466 (BRASIL, 2012c), a pesquisa foi encaminhada para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP-UNISC). Da mesma forma, passou por avaliação pelo setor da saúde da prefeitura de Santa Cruz do Sul. A coleta de dados apenas iniciou após a aprovação de ambas as instituições.

Após a efetivação da coleta de dados, observou-se a importância de entrevistar outro agente mencionado constantemente: um redutor de danos, citado como precursor e figura de referência sobre a abordagem da redução de danos no município. Desta forma constatou-se a relevância de ouvi-lo também.

Todos os agentes implementadores que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma a consentir com a gravação das entrevistas e com futuras possíveis publicações sobre os resultados da pesquisa. A assinatura do TCLE também garantia o sigilo das informações e o anonimato das identidades dos profissionais participantes.

Na sequência, após a coleta de dados, iniciou-se o processo de transcrição das entrevistas e organização do material coletado, ou seja, a codificação e categorização das entrevistas por meio do *software* NVIVO 10, um programa para análise qualitativa, que auxilia na organização de materiais de pesquisa.

Para a análise dos dados, será utilizada a técnica de análise de discurso. Esta técnica foi escolhida por compreender o discurso como prática social construída por uma visão de mundo que é histórica e cultural e que, na mesma medida, é construtora de uma nova realidade que vai se desenhando (BAUER; GASKELL, 2000).

Desta forma, os discursos não são considerados apenas um meio neutro para obtenção de informações sobre uma dada realidade, pois são atravessados pelo lugar que o sujeito que fala ocupa no tempo e no espaço, e para quem este discurso se direciona.

A metodologia, então, procurou ouvir os atores e produzir sentido sobre os discursos, a partir de uma construção que é individual, mas também tem influência de uma prática social, que se dá nas relações e nos coletivos. Segundo Spink (2000), dar sentido ao mundo é parte da engrenagem do fazer do ser humano.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS: A IMPLEMENTAÇÃO NAS ESTRATÉGIAS DA FAMÍLIA DA FAMÍLIA EM SANTA CRUZ DO SUL

Neste capítulo será apresentada uma discussão sobre os resultados encontrados e categorizados a partir do discurso dos profissionais da saúde que foram entrevistados. Com a utilização do programa NVIVO e a partir da análise do discurso foram desenvolvidos três grandes temas que surgiram nas falas dos atores, sendo eles: os discursos sobre drogas e políticas públicas; a implementação de políticas públicas a partir da discricionariedade dos agentes implementadores; e a visão dos diferentes profissionais sobre recursos e constrangimentos.

A pesquisa aqui apresentada teve início no ano de 2015. No primeiro trimestre do ano foram feitas as entrevistas com as BMEs onde houve as indicações das ESFs. No segundo trimestre realizaram-se as entrevistas com os BNRs, sendo que as ACS foram indicadas pelas enfermeiras devido a proximidade com a problemática das drogas no cotidiano de trabalho das profissionais.

Os participantes da pesquisa foram divididos em dois grupos: os burocratas de médio escalão e os burocratas de nível de rua. As BMEs foram escolhidas a partir do cargo que ocupam no município, atuando diretamente sobre o trabalho realizado nas ESFs, sendo elas: a coordenadora da atenção básica no município, a coordenadora da atenção básica e a coordenadora de saúde mental, ambas da Coordenadoria Regional de Saúde.

Ao contatar as BMEs para a realização das entrevistas, de forma individual, foi solicitado que estas indicassem quais as ESFs seriam mais propícias para o desenvolvimento da pesquisa, a partir do objetivo proposto; as três coordenadoras indicaram as mesmas ESFs, de maneira independente. Desta forma, os burocratas de nível de rua que participaram da pesquisa foram definidos de maneira intencional e determinada a priori, com base nas indicações dos burocratas de médio escalão.

No decorrer do texto, as ESFs serão identificadas por ESF A e ESF B.

4.1 Os Discursos sobre Drogas e Políticas Públicas

Nos territórios prevalecem determinadas visões de mundo, concepções sobre drogas e usuários, que são produtos de práticas discursivas e não discursivas, sustentadas por relações de saber e poder, atravessando, inclusive, as concepções dos burocratas implementadores de políticas públicas. Estas práticas são amparadas pela mídia e pelo discurso científico, em uma

trama que (re)produz formas de ser/estar no mundo. Nesse sentido, “[...] os discursos correntes na mídia e na ciência sobre o uso de crack delimitam tanto modos de compreender a problemática como as formas de tratá-la” (GARCIA et al., 2013, p. 140).

Esta citação de Garcia et al. (2013) pode ser expandida para se pensar também a relação com outras drogas, para além do crack. Desta forma, nesta primeira parte do capítulo 4 destaca-se os discursos dos agentes implementadores sobre drogas e políticas públicas.

A partir da análise das dezenove entrevistas realizadas, observa-se que as concepções sobre drogas envolveram ideias de ilicitude *versus* licitude, com base em noções de bem e mal. Desta forma, o termo droga é utilizado com frequência para definir apenas as drogas ilícitas, que incluem a maconha, a cocaína e principalmente o crack (substância citada com frequência como sinônimo do mal da sociedade), sem distinção de efeito e prejuízos.

Neste sentido, pode-se perceber em diversos discursos dos entrevistados a ausência da dimensão sócio-histórica da droga e a presença de concepções reducionistas: [...] *Ah, o nome já diz, é uma droga. Acho que ninguém deveria nem chegar perto, nem experimentar, nem ser permitido que existisse isso, né* (ESF A, ASB 1).

Em algumas entrevistas também foram referidas, com menor presença, substâncias lícitas como álcool, cigarro e medicamentos. Entretanto, para falar de medicamentos predominaram outros termos, tais como droga medicamentosa e droga medicamento, principalmente pelos profissionais de enfermagem e medicina, como se fosse necessário distinguir entre as substâncias que “fazem bem” e as que “fazem mal”.

Esta compreensão da dimensão das drogas enquanto um produto lícito não foi lembrada por todos os profissionais entrevistados, mas no discurso de quase todas as categorias de profissional se fez presente, com exceção das ASB. As definições foram diversas, como esta: [...] *Drogas eu acho que é tudo isso que, que, o que te causa dependência, independente se for Coca-Cola ou chocolate* (ESF B, ACS 2).

Desta forma, apesar de haver discursos atravessados pela lógica do movimento antidrogas, observa-se que há um entendimento que compreende as drogas conforme a definição aceita pela OBID (2007, s. p.), a qual “abrange qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento”, sendo crack, álcool, medicamentos ou Coca-Cola.

Diante das distintas maneiras de uso que demandam ajuda nos ESFs, os relatos dos agentes implementadores referiram em sua maioria a baixa procura por tratamento em relação à saúde dos usuários de drogas, pois entendem como tratamento a internação em casos de dependência extrema das drogas ilícitas. Por exemplo, casos de pessoas que perderam seus

pertences por dívidas com o tráfico, envolvimento com pequenos delitos para sustentar o vício. Nos relatos não surgiram, de forma constante a distinção entre outras formas de consumo, nem a questão do uso de drogas lícitas.

No entanto, no decorrer das entrevistas, surgiram relatos de alguns profissionais sobre a existência de usuários do serviço que apresentam dependência de medicamentos controlados e que procuravam a ESF para obter receitas, não tratamento. Neste sentido, houve relatos de casos de ameaça de agressão perante a negação do pedido para renovação da receita médica e sugestão, por parte dos profissionais, de tratamento para o uso indevido de medicação.

Neste sentido, a literatura especializada aponta para dados convergentes com tal realidade. Ao apresentar resultados de uma pesquisa realizada nas 108 maiores cidades do Brasil, Carlini (2011) concluiu que o uso de medicamentos fiscalizados pelo governo soma 24,3%, mas sem fins terapêuticos,

Este dado demonstra que há um problema de saúde envolvendo o uso de drogas legalizadas. Entretanto, esta problemática não recebe tanto investimento no sentido de controle por parte do Estado; pelo contrário, o uso destas substâncias é incentivado, pois envolve questões de ordem cultural e de interesses econômicos encobertos pelo discurso da licitude. Discurso este que geralmente apresenta-se como sinônimo de algo não nocivo, como é possível perceber no trecho abaixo:

Droga é tudo aquilo que te traz uma coisa ruim, pra mim droga é o cigarro, o álcool e a droga mesmo. A medicação pode ser considerada uma droga, mas é uma droga que tem efeito mais positivo. Pra mim droga é tudo aquilo que não é satisfatório pra ti (ESF B, Dentista).

O que se observa no discurso desta dentista está relacionado ao entendimento defendido pela visão de guerra às drogas – um mal a ser combatido por ser uma *coisa ruim*. Ainda neste mesmo trecho, apesar de reconhecer o cigarro e o álcool enquanto droga, mesmo sendo de ordem lícita, ao mencionar *a droga mesmo*, a dentista faz referência ao termo droga como se fosse um sinônimo, primeiramente, de substâncias ilícitas.

Nota-se ainda que a compreensão do termo droga, a partir dos discursos apresentados pelos agentes implementadores e pela postura diante da problemática das drogas, apresenta relação com diversos fatores, tais como a formação acadêmica do profissional, o cargo exercido, o tempo de exercício profissional, a participação em eventos de formação, acesso à informação sobre o tema e questões de vida pessoal, contexto histórico, social e cultural.

Referente aos motivos que levam as pessoas a consumir drogas, os participantes mencionaram com frequência a presença de uma família desestruturada que é marcada pela ausência de figuras parentais e relações fragilizadas, com práticas de violência ou abandono; a influência dos amigos ou do bairro, descrito em alguns momentos como perigoso; o uso de drogas como uma comorbidade de outras doenças, por exemplo: depressão, estresse, ansiedade; o “baixo nível cultural” (sic) e a ociosidade, inclusive, por vezes, provocando a culpabilização do usuário.

Quando questionados sobre a existência de um perfil de usuário de drogas, a resposta foi de que não há mais um perfil que identifique quem usa drogas. Os agentes implementadores destacaram com frequência a disseminação das drogas entre todas as classes sociais, idades e sexo. Neste caso, o que fica evidente é um discurso contraditório, pois enquanto os agentes implementadores destacam a ausência de um perfil de usuário de drogas, no decorrer de suas falas salientam a situação social como motivação para o início do uso.

Estudos já foram publicados sobre esta questão. Garcia et al. (2012) realizaram uma pesquisa envolvendo entrevistas com 100 usuários de crack e outras drogas que frequentam a rede de saúde de Santa Cruz do Sul e constataram a existência de um perfil de usuário que é acompanhado pela rede de saúde do município. Os participantes do estudo dos autores foram, em geral, homens, solteiros, entre 26 e 32 anos, com baixa escolaridade – dados que não apareceram no discurso dos profissionais.

Desta forma, é diante da compreensão do que são drogas, dos seus usuários e da (in)distinção sobre as formas de uso que se estabelece uma visão dos motivos que levam o indivíduo ao uso de drogas. A soma destes valores pode promover barreiras para uma atenção de qualidade por parte dos agentes implementadores, em decorrência de estigmas e estereótipos.

Com respeito à estigmatização do usuário de drogas, Silveira et al. (2011) afirmam que na área da saúde, o uso de drogas e as doenças mentais são os maiores alvos de estigmas sociais por parte da população em geral, inclusive pelos profissionais e estudantes universitários da área da saúde. Conseqüentemente, os estigmas sociais podem provocar a diminuição na procura por ajuda nas ESFs por parte dos usuários de drogas e seus familiares.

Considerando a discussão de Barros e Pillon (2007) sobre a forma pela qual os profissionais conduzem os atendimentos relacionados com o uso de drogas, destaca-se que uma postura de julgamento a partir de valores morais, sociais e culturais pode interferir na forma com que o profissional da saúde vai conduzir os atendimentos para a população envolvida com o uso indevido de drogas. Assim, uma visão reducionista pode gerar medidas

direcionadas no sentido da repressão ao consumo, com redução na crença dos profissionais sobre os prognósticos positivos, aumento de posturas menos acolhedoras e atitudes negativas (SILVEIRA et al., 2011).

Desta forma, a maneira com que os profissionais compreendem a questão das drogas acaba por apresentar influência na forma de prestação de serviço e desenvolvimento de ações por parte dos BNR.

Ronzani, Mota e Souza (2009) também afirmam que concepções morais diante do uso de drogas dificultam a atenção proporcionada nos atendimentos aos usuários de drogas. Segundo os autores, com base em resultados de uma pesquisa realizada sobre ações de prevenção ao uso de álcool na Atenção Primária a Saúde, uma noção que considera o usuário de drogas responsável pela condição em que se encontra colabora na forma com que o profissional realiza a abordagem, podendo assumir atitudes negativas, reforçando a lógica dos encaminhamentos aos serviços de referência e reduzindo a possibilidade de atendimentos a nível territorial.

Esta conotação moral que se manifestou no discurso e na postura de alguns agentes implementadores sobre o uso de drogas pode provocar no usuário de drogas o afastamento dos serviços de saúde em nível territorial. Neste sentido, ao analisar a resposta sobre a procura por atendimentos na ESF, foi quase absoluta a opinião de que não havia procura nas ESFs por parte dos usuários de drogas, sendo que, segundo relatos, muitos preferem procurar diretamente o CAPSAD, por indicação dos BNR ou por vontade própria, para evitar uma espécie de exposição dentro da comunidade e assim evitar danos sociais maiores.

Diante disso, foi frequente a expressão de incompreensão dos agentes implementadores sobre esta pesquisa se realizar no contexto da ESF, demonstrando desconhecimento do posicionamento do governo de investimento na atenção básica, por meio de políticas públicas de saúde.

No que diz respeito à aproximação com o tema das drogas, os profissionais de nível de rua, de modo geral, relatam que vieram a ter o primeiro contato com a problemática das drogas quando começaram a trabalhar no SUS ou na ESF em que atuam. Em contrapartida, alguns profissionais que moram no bairro de atuação da ESF relataram ter proximidade com o tema anterior ao trabalho realizado na saúde.

Assim, ó (breve pausa) por, por eu morar num bairro onde é bem (ênfase) falado, a gente tem (breve pausa), isso é uma coisa que tá bem próxima da gente. Assim, a gente sempre comenta, tenta achar uma explicação pra pode ajudar, então isso é, isso tá bem próximo (ESF A, Técnica de enfermagem 1, moradora do bairro).

Neste sentido, surgiram questões relacionadas à periculosidade de cada bairro, relacionando-a com a existência do tráfico de drogas, como se pode observar no trecho exposto na sequência.

Eu moro num bairro que é bem (ênfase) complicado, né, a gente tem bastante tráfico, só na minha área tem quatro pontos de tráfico, então é bem complicado de trabalhar ali e, antigamente a gente só ouvia falar em maconha, maconha, depois começou a vir cocaína, o crack, as injetáveis também (ESF B, ACS 2).

Uma das enfermeiras chegou a relatar que quando iniciou o trabalho na ESF tinha a impressão de ultrapassar um portal e “*que isso aqui era outro mundo*” (ESF A).

No início eu [...] tinha a impressão que eu entrava num portal, que isso aqui era outro mundo, né, mas eu que era a estranha, agora eu já consigo entender tudo isso. Eu nunca tive problema nenhum, até quando os alunos vêm pra cá com outra ideia o povo assusta né: ‘ihh, tu vai no [nome do bairro]?’ mas não é. Pra nós assim, (breve pausa) eles respeitam muito, até a questão aqui do, do posto, né, nunca ninguém entrou, eles, eles cuidam até se tem alguma coisa errada, esqueceram o portão ou uma janela, eles avisam (ESF A, enfermeira).

Neste relato, a enfermeira começa destacando que, no momento inicial de sua carreira na ESF, fazia uma distinção entre as diferentes realidades do município, também presente em outros discursos. A partir destes relatos, pode-se observar a presença de estigmas sociais devido às diferenças territoriais na prática de trabalho dos agentes implementadores.

Esta visão, que por vezes marginaliza determinadas áreas da cidade, acaba interferindo no trabalho realizado pelos agentes implementadores, como no exemplo mencionado pela enfermeira sobre os estagiários do serviço. Entretanto, com os anos de trabalho e com processos de formação constantes, a enfermeira conseguiu revisitar seus conceitos e estabelecer vínculos com os moradores do território de atuação da ESF. Esta relação construída pela BNR e pelos usuários do serviço ganhou destaque no discurso da BME, responsável pelas ESFs no município:

O ESF A tem uma enfermeira, que nossa, tu vai conhecer, ela é fora de sério, ela tem um contato com a comunidade muito grande, ela se dá muito bem com as pessoas ali de torno, e como tu vai perceber ali bem perto do posto fica um ponto de drogas. Ela consegue passar por ali, consegue conversar com eles e eles confiam nela (BME, Enfermeira).

4.2 Os Discursos sobre Políticas Públicas

No que diz respeito ao conhecimento de políticas públicas, os profissionais apenas fizeram referência à redução de danos, entre opiniões positivas e negativas. Neste sentido, em decorrência da grande citação do trabalho pioneiro realizado por um redutor de danos do município, se optou por entrevistá-lo e assim conhecer a história da RD no município.

Conforme o redutor de danos entrevistado, a RD começou em Santa Cruz do Sul através de uma iniciativa do CEMAS, serviço de atendimento a sorologia. Atualmente, o profissional relata que os redutores de danos estão localizados no CAPSAD, com pouca atuação nas ESFs.

Devido a esta pouca aproximação da política de RD com as ESFs, atualmente a maioria dos agentes implementadores, independente da categoria profissional, define a RD como uma forma de incentivar o uso de drogas, reproduzindo uma visão do senso comum que reduz esta prática à mera distribuição de seringas, cachimbos, água e camisinha. Conforme o relato do redutor de danos, a postura inicial dos profissionais da saúde diante do movimento da RD foi de hostilidade.

[...] No começo foi de extrema aversão, pois RD era para estes profissionais um reforço ao uso ou estímulo, mas depois de uma sensibilização bem feita, muitos destes aderiram ao princípio da redução (Redutor de danos).

Neste sentido, observou-se que os agentes implementadores que participam de atividades de capacitação, de eventos e formação sobre o tema compreendem a RD como um trabalho de vinculação e aproximação, uma maneira de possibilitar aos usuários o acesso aos seus direitos enquanto cidadãos, num movimento de distanciamento da visão antidrogas e de uma política proibicionista.

As entrevistas dos profissionais de saúde bucal merecem destaque, pois foram breves, talvez, em decorrência destes profissionais afirmarem, constantemente, não possuir conhecimento referente às políticas públicas sobre drogas, somente algumas informações que aparecem na mídia. De modo geral, compreendem que este é um trabalho dos ACS, não integrando parte do seu cotidiano. Seus discursos, inclusive, revelam que estes profissionais não se percebem como integrantes da equipe, devido ao uso do pronome pessoal eles: “*elas fazem o que podem*”, no que diz respeito ao trabalho das ACS.

As enfermeiras, médicos e técnicos de enfermagem já ouviram falar sobre a RD em eventos, durante a sua graduação ou curso técnico, mas não consideram que isto deva fazer

parte do trabalho realizado nas ESFs, devido à grande demanda de outras ordens, definidas como prioridades (vacinação, saúde do idoso, saúde da criança).

Já os ACS, profissionais que geralmente são alvo de vários processos de formação, citaram com frequência conhecer a RD, mas relataram dificuldades em compreender a sua lógica. Quando questionada sobre a aplicabilidade da RD à realidade, uma ACS afirma: “*Não, não consegue. Eu (ênfase) não consigo trabalhar*”.

Em relação às políticas do SENAD (PNAD) e do Ministério da Saúde (PAIUAD), ambas não foram mencionadas; segundo os agentes implementadores, isso se dá por desconhecimento, não sendo este um tema abordado em eventos de formação.

Conforme a enfermeira da ESF B e as BME, este quadro se fortalece devido à problemática das drogas não estar inserida entre as preocupações prioritárias da gestão; por isso, não há tanto investimento em formação e na disponibilidade de recursos adequados, discussões apresentadas abaixo do relato da enfermeira do ESF B.

[...] não sinto uma preocupação, não é uma prioridade, pra, pra dentista, pra USB não é uma preocupação. Não é foco da gestão, é uma população que não é interesse. E assim, quanto mais ficar longe, melhor (ESF B, enfermeira).

4.3 Implementação: a discricionariedade dos agentes implementadores na produção de cuidado no cotidiano das ESFs

Segundo Lotta (2012a), há uma lacuna na literatura sobre a fase de implementação de políticas públicas que deixa de lado a perspectiva dos atores implementadores, com pouco reconhecimento da discricionariedade destes atores na transformação de políticas públicas em ações. Neste sentido, este subcapítulo da análise pretende discorrer sobre a implementação de políticas públicas a partir do discurso dos agentes implementadores, considerando o exercício de sua discricionariedade.

Para fazer o seu trabalho de maneira mais eficiente, os profissionais de nível de rua desenvolvem costumes e rotinas para enfrentar as dificuldades, os imprevistos diários e os constrangimentos com os quais se deparam e que nem sempre estão previstos nas políticas públicas. Estas maneiras de agir no cotidiano também compõem as formas com que as políticas públicas são implementadas, para além dos objetivos e metas estabelecidos pelos formuladores.

Desta maneira, a forma de determinar as rotinas e prioridades dos serviços pode ocorrer a partir de determinações pré-estabelecidas na formulação da política, mas também

podem partir de interesses pessoais dos agentes implementadores e suas visões de mundo. No caso das ESFs estudadas, a rotina dos serviços e o estabelecimento do cronograma de atividades do ano são realizados pelas enfermeiras, coordenadoras de cada ESF, a partir de suas experiências, e apresentados aos demais profissionais nas reuniões de equipe. Em ambas as ESFs observa-se um discurso parecido, onde por vezes as decisões são tomadas em equipe e por vezes as ações são decididas e orientadas pelas enfermeiras.

No que diz respeito ao atendimento voltado ao uso de drogas, uma das enfermeiras, da mesma forma que as BMEs, relata que este tema não compõe uma preocupação para alguns profissionais, e cita como exemplo o setor de saúde bucal da ESF e a gestão. Em contraposição, os profissionais mais mencionados como responsáveis pelo atendimento em nível de rua aos usuários de drogas foram os ACSs, devido a sua maior inserção no território de atuação do ESF, por serem moradores do mesmo bairro em que atuam.

Esta aproximação pode promover um maior conhecimento da dinâmica da comunidade e o desenvolvimento de vínculos pessoais mais estreitos entre os ACSs e a população. Estes fatores são capazes de legitimar a prática dos BNR diante da população atendida e aumentar a capacidade de obter informações sobre as reais necessidades de atenção à saúde no território, processo facilitado quando o usuário do serviço reconhece no ACS um representante de seus interesses (LOTTA, 2012b).

Neste sentido, os ACSs assumem uma função de mediadores entre o Estado e a sociedade, assumindo duas funções distintas envolvendo vínculos profissionais e relações pessoais: levar informações sobre questões de saúde à população assistida e de trazer informações sobre a vida das pessoas aos profissionais do serviço e para a gestão:

[...] Com as agentes de saúde, na casa, elas tem (breve pausa) o vínculo, a gente também tem com eles, mas elas tão lá e tipo, às vezes elas chegam na casa e tem um drogado ou tá usando droga, eles, elas conseguem dá uma orientação mais direta (ESF A, Técnica de enfermagem 2).

[...] nosso trabalho é de trazer as informações mesmo, de tá identificando o que tá acontecendo com esse paciente, né (breve pausa), a gente que tá na rua que sabe, que conhece, aí a gente passa pra ela (enfermeira) e ela decide (ESF B, ACS 1).

Em outros casos, os profissionais optam por não falar sobre o tema para se preservar de ameaças de agressão, por incertezas sobre a forma de agir ou por insegurança, como foi o caso da técnica de enfermagem do ESF B que não quis participar da pesquisa assim que soube a temática e os objetivos da mesma, denotando um afastamento da discussão sobre o tema. Esta postura demonstra uma preferência em não se envolver com a prática de atenção ao

usuário de drogas, o que tem relação com valores pessoais e a forma como os profissionais percebem a realidade onde atuam.

Durante as entrevistas observou-se que nos atendimentos com a população usuária do serviço, o tema das drogas é abordado de maneira sutil, sem tocar diretamente no assunto, uma postura que pode acabar fortalecendo a pouca procura por parte dos usuários de drogas aos serviços de atenção básica:

[...] falando em drogas eu tenho que tomar cuidado porque às vezes falando com os hipertensos eu digo a medicação é uma droga, mas aí tu tem que cuidar, porque quando tu fala droga a primeira coisa que a pessoa pensa é uma coisa ruim, né (ESF A, Enfermeira).

Olha, é assim ó, tu (breve pausa) o familiar, mesmo sabendo, não gosta que tu fale, não gosta que tu fala. Tu tá vendo, mas não pode falar. O próprio usuário não aceita ser usuário, ele não é drogado. Tu tá vendo ele usar, mas ele não é drogado. Ah, tu quer se tratar? Não, ele não quer, ele não é drogado, ele não é usuário (ESF A, ACS 2).

Diante disso, Barros e Pillon (2007) afirmam, a partir de estudos com enfermeiros de ESFs, que o problema com o uso de drogas é pouco detectado na atenção básica devido ao fato dos profissionais não abordarem o assunto, o que pode levar aos excessos de encaminhamentos ao médico da equipe de Saúde da Família e, conseqüentemente, aos serviços especializados. Estes encaminhamentos também podem indicar que a equipe sente-se insegura ou mesmo despreparada para abordar a problemática do uso de drogas.

Pode-se perceber isso quando há dificuldades relacionadas ao manejo em relação à forma de perguntar ao usuário do serviço se este faz uso de drogas ou se há familiares com uso de drogas na família. Esta insegurança pode surgir por receio de interferir negativamente na relação entre profissional e paciente, se o tema das drogas for mencionado. Desta forma, segundo Fontanella et al. (2011), os profissionais também evitam registrar nos prontuários tais informações, sendo esta uma forma de se proteger e de proteger a relação profissional-paciente.

Diante do que Fontanella et al. (2011) afirmam, pode-se observar este dado ao analisar os prontuários dos dois ESFs. Na ESF A foi permitido o acesso apenas ao número de atendimentos realizados com registro de problemas relacionados às drogas. Na ESF B, as ACS indicaram as famílias com demandas sobre drogas, tendo sido permitido o acesso a estes prontuários específicos.

Na leitura destes documentos foram encontradas poucas citações sobre o uso de qualquer tipo de droga. Nos prontuários não havia informações específicas ou mais detalhadas

sobre as condições de uso, formas de tratamento e encaminhamentos; além do mais, alguns não recebiam novas informações há mais de três anos.

Conforme Lima e D'Ascenzi (2014), o uso da discricção por parte dos BNR, que engloba desde o momento das práticas e intervenções diretas com a população até o gesto de não inserir informações sobre o uso de drogas nos prontuários, coloca em jogo concepções e preferências individuais de cada agente implementador e as relações que estabelecem junto às agências implementadoras, as quais possuem estruturas e recursos distintos. Ou seja, a discricionariiedade dos agentes também é resultado da interferência das rotinas organizacionais, do modo de funcionamento da ESF no cotidiano, dos processos de trabalho e das relações estabelecidas entre a equipe e a sua coordenação.

No que diz respeito à rotina da ESF A, a observa-se a existência de um grupo com crianças para promoção da saúde e elevação de autoestima que, segundo as BNR da ESF A, acaba abordando de formal sutil a prevenção ao uso de drogas através da promoção da saúde; em contraposição, oficina que se realizava na ESF B foi cancelada, pois dependia de verba disponibilizada pelos próprios profissionais.

Outra diferença entre o trabalho das ESFs diz respeito à procura por ajuda na ESF. Nos discursos dos BNR da ESF A, os usuários de drogas chegam ao serviço para realização de teste rápido, pela proximidade territorial e também para evitar exposição inevitável ao comparecer até o serviço especializado, localizado no centro da cidade; já na ESF B não há procura para o teste rápido; este acaba sendo realizado somente quando a enfermeira consegue um grupo de trabalho que não está no quadro de funcionários da ESF, como, por exemplo, bolsista de extensão da universidade e apoio de profissionais do CEMAS, que realizam a coleta de material para os testes pelas ruas do bairro:

[...] A única parte difícil que eu acho assim, mais (breve pausa), é que tu tem que ir até eles, eles não vem, eles não procuram a unidade. Ah, fazer um teste de, de, um teste rápido, HIV, sífilis, eles tem que vir aqui, a enfermeira tem que fazer, eles não vem (ESF B, ACS 1).

[...] A gente fez outra ação com as gurias que eu tinha da UNISC, elas vieram e fizeram uma ação ali no nosso ponto pra tuberculose né. As gurias foram levaram potezinho no outro dia pra coletar a segunda amostra, eu levei pro laboratório tudo, mandei retorno pra eles, então, algumas ações assim, a gente acaba fazendo onde tem um foco maior (ESF B, Enfermeira).

Estas também são formas de cuidado à saúde da população definidas pelo uso da discricionariiedade, pois apesar de serem atividades pré-determinadas por políticas públicas,

envolvem a motivação pessoal dos agentes implementadores e as condições das agências implementadoras.

Considerando que os profissionais entrevistados não têm contato mais aprofundado com as políticas públicas sobre drogas e que, por meio dos discursos, parecem não compreender como sua a função do cuidado ao usuário de drogas, foi constante o questionamento por parte agentes implementadores sobre o porquê da pesquisa se realizar em um serviço da atenção básica.

Diante disso, pode-se perceber que as ESFs não são reconhecidas pelos profissionais da saúde que atuam nestes serviços pela sua possibilidade de produzir cuidado ao usuário de drogas. Embora os profissionais pesquisados reconheçam os benefícios das ESFs devido a sua proximidade com a comunidade, não se sentem capacitados para atuar diante da problemática das drogas e afirmam que a rede de assistência não se utiliza desta estratégia para planejar e realizar ações com a comunidade.

Nesse sentido, os discursos expressam a existência de uma rede de atenção à saúde fragmentada, na qual a produção de cuidado realizada na ESF não é reconhecida como tal pelos próprios profissionais, devido à hegemonia da visão proibicionista como padrão de tratamento baseado na abstinência.

Diante dos resultados encontrados percebe-se que a maioria dos profissionais da saúde entrevistados não considera que acontece a produção de cuidado e tratamento nas ESFs envolvendo problemas de uso de drogas. Entretanto, alguns profissionais afirmam que usuários de drogas procuram a ESF para obter atendimentos, mas destacam que eles são apenas direcionados a questões de saúde, de ordem física, sem relação direta com a droga, tais como ferimentos, lesões, dificuldades respiratórias e até mesmo para ações não relacionadas à atenção da saúde, como, por exemplo, para contatar um familiar para enviar notícias e pedir que busquem o usuário no local de uso de drogas.

Os profissionais alegam, ainda, que o desenvolvimento de atividades direcionadas ao tema das drogas se constitui como um desafio, primeiro pela baixa adesão de qualquer intervenção que remeta ao tema das drogas, seja para prevenção ao uso ou tratamentos aos usuários e, em segundo lugar, porque todo o seu tempo acaba sendo preenchido com as atividades de rotina das ESFs, as quais são destacadas como prioridade pelos profissionais.

Nesse sentido, os profissionais entendem que

[...] só podemos fazer orientações, conversa, orientamos acerca de como manejar a situação e encaminhamos para o CAPSAD, só isso. [...] Não fazemos tratamento,

fazemos educação para a saúde e encaminhamos para o serviço especializado. Temos pouco tempo para fazer, mas sempre se faz (ESF A, Médico).

A gente dá orientações conforme dá (ESF A, ACS 2).

Normalmente eles não chegam muito, não vem muito até a unidade (ESF). O que vem, assim, é um pepiteiro ou outro, pepiteiro que a gente diz é os usuários de droga né [...], mas nunca referindo que querem um (breve pausa) um tratamento (ESF A, Técnica de enfermagem).

Não, eu não sei se tem muita procura ou pouca procura, mas acredito que deve ser encaminhado pro CAPS, mas também não tenho certeza pra te dizer (ESF B, ASB).

Estes profissionais parecem, contudo, não perceber como produção de cuidado as pequenas práticas cotidianas, que saem do planejamento inicial para dar vida à implementação de políticas, como se observa no relato de uma ACS entrevistada, que se disponibilizou a levar em sua própria moto uma usuária de crack para realizar um exame de gravidez e, assim poder iniciar o acompanhamento pré-natal:

[...] Ai o dia que ela topou que eu disse “eu venho, te levo, te busco” [...]. Tinha que pegar pela mão e levar ela pra todos exames. Um dia tava levando ela e a polícia parou pediu pra botar as mãos pra cima e eu olhando ali parada, ela tinha um monte de delito e eu pensando “isso também?” (risos). Aí, aí liberaram ela, então continuei levando ela pros exames, sabe (ESF B, ACS 2).

Com este exemplo, fica evidente que o trabalho da ESF envolve mais do que orientações e escuta: abrange acolhimento, vínculo e empatia. Desta forma, pode-se considerar que há produção de cuidado nas ESFs estudadas, assim como a implementação de políticas públicas – considerando que as políticas se fazem no agir cotidiano dos agentes implementadores. Entretanto, o que os dados demonstram e que aqui merece destaque é a pouca visibilidade e/ou reconhecimento destas práticas como produção de cuidado e de saúde, devido à ainda predominante lógica proibicionista e a imposição da abstinência como única forma de tratamento.

4.4 A visão dos diferentes profissionais sobre recursos e constrangimentos

Barros e Pillon (2007) na época de seu estudo já destacavam a falta de recursos e de capacitações para atenção básica. Em estudo mais atual, Cavalcante e Lima (2013) destacam resultados aproximados, apontando para a existência de precárias condições materiais e físicas, além de recursos humanos: espaço de trabalho inadequado, sobrecarga de trabalho e número reduzido de profissionais. Estes pontos acabam por gerar um distanciamento entre a

prática e o que as políticas públicas preconizam. Este distanciamento pode ocasionar um sentimento de constrangimento aos agentes implementadores.

Nas equipes das duas ESFs e entre os BME é frequente a queixa sobre a falta de apoio, investimentos e de recursos mínimos para o funcionamento das ESFs. Neste sentido, os profissionais reconhecem que não há estrutura adequada para o desenvolvimento de uma atenção de qualidade perante a problemática das drogas, até mesmo encontram dificuldade para a realização de atividades também de outras questões de saúde.

Neste sentido, um estudo realizado com médicos da atenção básica, desenvolvido por Fontanella et al. (2011), observou que os profissionais da saúde da atenção básica podem apresentar condições para prestar serviço de atenção integral aos pacientes com diagnósticos psiquiátricos, desde que recebam condições adequadas de trabalho, capacitações e formação continuada sobre o tema. Em casos de falta de suporte e apoio técnico, podem surgir condutas geradoras de estigmas sociais.

Em comparação entre as duas ESFs, no que diz respeito aos fatores organizacionais, percebe-se que na ESF A há um espaço físico adequado para a realização das reuniões de equipe que ocorrem com frequência semanal, o que permite à equipe reunir-se de forma efetiva e discutir o modo de agir da ESF em casos específicos do território.

Em contrapartida, na ESF B não há um espaço físico com as condições mínimas para a equipe se reunir. Neste sentido, a falta de espaço para encontros se apresenta como empecilho à comunicação dos profissionais, considerando que a PNAB prevê como atribuição geral da ESF a realização de reuniões com a equipe com vistas a promover comunicação, decisões e trocas de informação entre os profissionais.

No que diz respeito aos constrangimentos, os profissionais das ESFs A e B enfrentam diariamente uma ameaça velada diante da rotatividade existente nos serviços de atenção básica. Neste sentido, a possibilidade de perder o emprego pode provocar uma redução da qualidade nos serviços prestados, como referido pela dentista da ESF B.

Hoje (ênfase) eu te diria que eu acho que não seria um momento pra gente iniciar um programa desses (atendimento aos usuários de drogas). O ideal seria quando tivesse o pessoal que realmente fosse ficar aqui, eles começar a construir alguma coisa. [...] É que assim, houve o concurso e todos os profissionais aqui vão ser, vão ser cortados. As únicas pessoas que não vão sair e que foram aprovadas e tal foram as agentes de saúde. Médico, dentista, enfermeiro, auxiliar vai trocar tudo, a gente não sabe quando, então é o momento que tu fica pensando (breve pausa). Então acho que assim, no momento não é o momento porque tá todo mundo pensando “eu vo tá saindo e não vou ver a coisa andando”, porque tudo o que tu começa tu quer ver a coisa, né.

Neste caso, observa-se que a decisão de investigar ou não, durante a entrevista com o paciente, a existência do uso de drogas vai depender dos diversos constrangimentos aos quais os agentes implementadores enfrentam no cotidiano de suas funções, incluindo a ameaça da perda do emprego, o que pode gerar impactos no desempenho de suas funções.

Neste sentido, levando em consideração os constrangimentos a que são expostos, os BNR que atuam na ESF B foram mais enfáticos quanto ao receio de fazer questionamentos sobre o uso de drogas à população atendida. Esta postura remete ao zelo que há em relação à vida pessoal, pois a entrevista gravada podia representar uma exposição excessiva da sua imagem e trabalho. Outros cuidados são tomados na hora que o assunto é drogadição, para o bem-estar do BNR e também para o usuário de drogas, ou seja, pode-se perceber uma forma de evitar uma exposição do profissional e da família:

[...] Eu não preciso perguntar por que eu sei, se é da minha área eu sei, eu não vou chegar e abordar “tu usou droga onde?”, eu vou chegar e perguntar “como tu tá hoje?”, “Ah, tô bem, com dor de cabeça”, e tu “o que houve, tu te alimentou bem, que que houve, não dormiu bem?”, e assim vai conversando aí quando vê vai fluindo o assunto. Aí a gente dá orientações conforme dá (ESF A, ACS).

[...] a gente nunca faz assim diretamente, que nem assim, no ano passado a gente teve uma fono que falou sobre o cigarro, aí a gente tem o boneco que fuma, então, seguindo este ela puxa pro assunto do (breve pausa), isso pros adolescentes, né, pro assunto do cigarro e ela chega na droga. Tudo tu tem que ter um jogo de cintura, né (ESF A, Enfermeira).

Este cuidado no atendimento à população faz parte do repertório de referências de cada agente implementador, considerando os constrangimentos aos quais são expostos no fazer cotidiano, bem como diante dos constrangimentos legais, perante a ausência de recursos apropriados e de infraestrutura adequada de acordo com as políticas públicas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho foram apresentados os resultados de uma pesquisa que procurou investigar as formas de implementação de políticas públicas sobre drogas na atenção básica de saúde no município de Santa Cruz do Sul/RS, através dos discursos e das práticas do cotidiano dos agentes implementadores, burocratas de nível de rua de duas Estratégias de Saúde da Família e burocratas de médio escalão envolvidos com o trabalho das ESFs.

No decorrer da dissertação pôde-se perceber que a implementação das políticas públicas não se traduz apenas na efetivação de diretrizes pré-estabelecidas pelos seus formuladores, mas se dá através da maneira como os profissionais interpretam os processos que vivenciam, pelo uso da discricionariedade e dos interesses pessoais dos agentes implementadores, de como esses profissionais determinam as rotinas e as prioridades de cada serviço, da (in)disponibilidade de recursos adequados para a realização do trabalho e, até mesmo, considerando os elementos relacionados à construção da política, qual o grau de informação e conhecimento dos profissionais sobre a política que implementam e as suas diretrizes.

De tal modo, considerando os aspectos mencionados no desenvolvimento da discussão, alguns pontos merecem destaque. Primeiramente, foi possível observar que, apesar da maioria dos agentes implementadores afirmarem a inexistência de um perfil específico de usuário de drogas, ouvindo e lendo as entrevistas, ainda é possível determinar traços que caracterizam o usuário de drogas, sendo que em alguns momentos parece ser a mesma pessoa, sendo descrita das seguintes formas: como uma pessoa que possui família desestruturada; vivendo em um bairro perigoso, vulnerável e pobre; se relacionando com “más companhias” (sic), a pessoa que escolheu usar drogas por ser “influenciável”; por possuir “baixo nível cultural” (Sic; Médico, ESF A); ou ainda, por todas estas condições conjugadas.

No que diz respeito às drogas, uma concepção moralista e higienista ainda persiste, podendo interferir na qualidade das práticas desenvolvidas pelos agentes implementadores. Entretanto, há profissionais que conseguem se questionar sobre as atuais formas de tratamento, para além das internações, possibilitando novos sentidos para a palavra “drogas”.

Em relação às políticas públicas, observou-se, através da construção do referencial teórico, que alguns fatores são importantes na implementação de políticas públicas para além das diretrizes com objetivos pré-estabelecidos, incluindo a aceitação e a forma de compreensão da política por parte dos atores envolvidos, a clareza da distribuição das suas atribuições, a disponibilidade de recursos necessários para que a implementação ocorra e as

características das agências implementadoras, considerando as particularidades de cada território de atuação do serviço.

Como se pode notar no discurso dos BNR e BME, a ESF A está localizada em um território onde a questão das drogas é descrita pela presença de um elevado número de usuários que circulam ou moram no bairro da ESF. Em decorrência disto, observou-se que neste serviço ocorrem mais ações direcionadas aos usuários de drogas, mesmo que numa abordagem indireta, como mencionam os profissionais.

Já a ESF B foi descrita como um território marcado pela intensa presença do tráfico de drogas. Desta maneira, há menos ações direcionadas à temática das drogas devido ao medo da repressão, como ficou visível quando uma técnica em enfermagem optou em não participar da pesquisa devido ao tema ser referente às drogas. Apesar disso, os BNR afirmam que são respeitados pelo trabalho realizado, pois estão ali para cuidar da saúde da população.

Com base nos estudos de caso, conclui-se que a implementação de políticas públicas sobre drogas ocorre de maneira distinta entre as duas ESFs, devido às suas diferenças territoriais.

De modo geral, percebeu-se que a implementação de políticas sobre drogas torna-se uma dificuldade no cotidiano das ESFs devido à falta de espaços para a discussão sobre o tema, à falta de recursos apropriados de todas as ordens (financeiro, material, humano), suporte técnico insuficiente, além da baixa oferta de cursos e eventos de formação e capacitação direcionadas à problemática das drogas.

Pode-se perceber também uma grande falta de conhecimento diante das políticas públicas sobre drogas e uma fragilidade na oferta e no acesso à formação e informações de qualidade, fazendo com que os profissionais sintam-se incapazes de lidar com as adversidades que enfrentam em seu cotidiano, no que se refere ao cuidado com a saúde dos usuários de drogas. Em termos concretos, isto resulta em um número reduzido de ações e práticas relacionadas diretamente à problemática das drogas.

Deste modo, a partir dos relatos dos entrevistados, pôde-se perceber que, apesar de todos os profissionais da equipe repetirem que não ocorrem intervenções direcionadas aos usuários de drogas, os agentes comunitários de saúde relataram diversas práticas que não são reconhecidas como implementação de políticas públicas sobre drogas, tais como busca ativa, escuta, acolhimento, orientações, estabelecimento de vínculos, práticas que acontecem na imprevisibilidade do cotidiano.

Apesar disso, os profissionais da saúde que atuam em Estratégias de Saúde da Família também são construtores de política, pois tomam decisões importantes diariamente nos

serviços de saúde e criam estratégias de cuidado no cotidiano de seus territórios. Neste sentido, este trabalho pretendeu discorrer sobre a maneira como os profissionais da saúde compreendem suas ações e a produção de formas de cuidado aos usuários de drogas e/ou familiares a partir do seu poder de discricionariedade. Pôde-se observar que a implementação ocorre nos moldes de suas experiências de vida, a partir dos recursos (financeiros, humanos, materiais) que são disponibilizados.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de Atenção à Saúde de Usuários de Álcool e Outras Drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-19, 2009.

ARRETCHE, M. Mitos da Descentralização: maior democratização e eficiência das políticas públicas? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, n. 31, v. 11, p. 44-66, 1996. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/RBCS_96.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014.

_____. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BOREIRA, M. C. R.; CARVALHO, M. do C. B. de (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUCSP, 2001. p. 43-55.

_____. Relações Federativas nas Políticas Sociais. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 30 set. 2014.

_____.; MAQUES, E. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. T. S.; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

_____. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455-79, 2002.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro, 2011, p.138-172. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/wp-content/uploads/2011/09/Capitulo-5.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2015.

BARBOSA, N. H. Proposta Metodológica na Atenção Psicossocial: análise dimensional de caso. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 469-75, 2013.

BARROS, M. A. de; PILLON, S. C. Atitudes dos Profissionais do Programa Saúde da Família diante do Uso e Abuso de Drogas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 655-62, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000400016>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

BELLO, L. A. Desafios da Transferência da Evidência Científica para o Desenho e Implementação de Políticas sobre o uso de Substâncias Psicoativas. In: RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; LAPORT, T. J. (Org.). *Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas*. São Paulo: Cortez, 2015. p. 17-39.

BRASIL. Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013. Dispõe sobre a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 ago. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm>. Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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*, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 04 out. 2015.

_____. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. *Resolução n°3/GSIPR/CH/CONAD*, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasília (DF), 2005. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2015.

_____. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Informações sobre Drogas/Definição e histórico. Brasília (DF): Ministério da Justiça, 2007. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas*. Brasília (DF): Presidência da República, 2010. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/legislacao_no_brasil.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Glossário temático: promoção da saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

- BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. R. M. O Discurso do “Combate às Drogas” e suas Ideologias. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 2, n. 28, p. 137-145, 1994.
- CALLIGARIS, C. Apresentação. In: MELMAN, C. *Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta, 1992. p. 09-11.
- CARLINI, E. L. de A. Mitos e dados epidemiológicos a respeito do uso de drogas. In: CRP da 6ª Região (SP) (Org.). *Álcool e Outras Drogas*. São Paulo: CRPSP, 2011.
- CARNEIRO, H. S. A Fabricação do Vício. ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA ANPUH-MG, 13., 2002, Mariana (MG). *Anais...* Mariana: Departamento de História/ICHS/UFOP, 2002. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2015
- CAVALCANTE, P. L. C.; LOTTA, G. S. Desvendando a Burocracia de Médio Escalão do Governo Federal: uma análise sobre os perfis, trajetórias e relações de dirigentes do setor público. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 39., 2015, Caxambu (MG). *Anais...* Caxambu: ANPOCS, 2015. Disponível em: <http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=9727&Itemid=461>. Acesso em: 08 jun. 2015.
- CALVALCANTE, P. L. C.; CAMÕES, M. R. S.; KNOP, M. N. H. Burocracia de Médio Escalão nos Setores Governamentais: semelhanças e diferenças. In: CAVALCANTE, P. L. C.; LOTTA, G. S. (Org.). *Burocracia de Médio Escalão: perfil, trajetória e atuação*. Brasília (DF): ENAP, 2015. p. 57-90.
- CNES. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 25 out. 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.
- CORCUFF, P. *As Novas Sociologias*. Bauru: Edusc, 2001.
- CORRÊA, G. Drogas Para Além do Bem e do Mal. In: SANTOS, L. M. de B. (Org.). *Outras Palavras Sobre o Cuidado de Pessoas que Usam Drogas*. Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. p. 167-76.
- COSTA, P. H. A.; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. As Redes de Atenção aos Usuários de álcool e Outras Drogas: históricos, políticas e pressupostos. In: RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; LAPORT, T. J. (Org.). *Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas*. São Paulo: Cortez, 2015. p. 41-66.
- DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre Análise de Implementação de Políticas de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-25, jan./mar. 2015.
- DOWBOR, M. Da Inflexão Pré-Constitucional ao SUS Municipalizado. *Lua Nova*, São Paulo, n. 78, p. 185-222, 2009.

- ELMORE, R. F. Modelos Organizacionales para el Análisis de la Implementación de Programas Sociales. In: VILLANUEVA, L. F. A. (Org.). *La implementación de las políticas*. Cidade do México: Miguel Angel Porrúa Grupo Editorial, 1993. Colección Antologías de Política Pública, Cuarta Antología. p. 185-250.
- ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 385-434.
- _____.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 333-84.
- EVANS, T. The Moral Economy of Street-Level Policy Work. HKJU – CCPA, Zagreb (Croácia), v. 14, n. 2, p. 381-399, 2014.
- FALLETI, T. Efeitos da Descentralização nas Relações Intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 46-85, jul./dez. 2006.
- FARIA, C. A. P. Implementação: ainda o “elo perdido” da análise de políticas públicas no Brasil? *Revista Debates*, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 13-36, mai./ago. 2012.
- FERNANDES, A. T.; CASTRO, C.; MARON, J. Desafios para implementação de políticas públicas: intersetorialidade e regionalização. In: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, 6., 2013, Brasília. *Anais...* Brasília, Centro de Convenções Ulysses Guimarães, 2013.
- FREUD, S. *O mal-estar da civilização*. In: _____. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980 [1929]. v. XXI.
- FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 21, p. 211-59, 2000.
- GARCIA, E. L. et al. (Re)conhecendo o perfil do usuário de crack de Santa Cruz do Sul. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, v. 36, p. 83-95, 2012. Número especial. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/2922/2106>>. Acesso em: 10 jan. 2016.
- GARCIA, E. L.; ZACHARIAS, D. G.; ARAÚJO, B. R. Recaídas na Drogadição: uma via para (re)pensar a atenção à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, p. 137-46, dez. 2013. Número especial.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- GONTIJO, J. G. L. *Articulação Inter e Intra-institucional na Execução das Políticas Públicas para Juventude em Belo Horizonte*. 2010. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais)– Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

GORGULHO, M. Drogas e Sociedade. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (SP) (Org.). *Álcool e Outras Drogas*. São Paulo: CRPSP, 2011. p. 23-33.

GOULART, F. Descentralização da Saúde Pós-Constituição de 1988: entre (boas) intenções e gestos desencontrados. In: DANTAS, B. et al. (Org.). *Os Cidadãos na Carta Cidadã*. Brasília (DF): Senado Federal/ILB, 2008. Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-descentralizacao-da-saude-pos-constituicao-de-1988>>. Acesso em: 03 out. 2014.

GUARESCHI, N. M. F.; LARA, L.; ADEGAS, M. A. Políticas públicas entre o sujeito de direitos e o *homo oeconomicus*. *Psico*, Porto Alegre, v. 41, n. 3, p. 332-339, jul./set. 2010.

IÄHNIG, A. E. *Mapeando um Patrimônio Científico (1981-2012): produção acadêmica sobre a drogadição no Brasil (Comunidades Terapêuticas, Redução de Danos e Políticas Públicas)*. 2013. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Memória Social e Bens Culturais)– Centro Universitário La Salle, Canoas (RS), 2013. Disponível em: <http://biblioteca.unilasalle.edu.br/docs_online/tcc/mestrado/memoria_social_e_bens_culturais/2013/aeiahnig.pdf>. Acesso em: 01 out. 2015.

LIMA L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: análise da Política Nacional de Humanização a partir da burocracia implementadora. *Revista da ANPAD*, Rio de Janeiro, v. 37, set. 2013. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnANPAD_APB1178.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

LIMA L. L.; D'ASCENZI, L. DIAS, G. V. R. S. O Papel da Burocracia de Nível de Rua na Implementação e (re)formulação da Política de Humanização dos Serviços de Saúde. In: ENCONTRO DA ABCP, 9., Brasília. *Anais...* Brasília (DF): Centro de Convenções Ulysses Guimarães, 2014. Disponível em: <http://www.encontroabcp2014.cienciapolitica.org.br/resources/anais/14/1403716978_ARQUIVO_Paper.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

LOTTA, G. S. Desvendando o papel dos burocratas de nível de rua no processo de implementação: o caso dos agentes comunitários de saúde. In: FARIA, C. A. P. de. (Org.). *Implementação de políticas públicas: teoria e prática*. Belo Horizonte: PUC-MINAS, 2012a. Disponível em: <<http://www.camara.sp.gov.br/escoladoparlamento/wp-content/uploads/sites/5/2015/07/PEND-02-Gabriela-S.-Lotta-revisado-2.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2015.

_____. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A. (Org.). *Implementação de Políticas Públicas: teoria e prática*. Belo Horizonte: Editora PUC-MINAS, 2012b. Disponível em: <<https://perguntasapo.files.wordpress.com/2014/06/pend-08-gabriela-s-lotta-2-revisado-2.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

LOTTA, G. S. PIRES, R. R. C.; OLIVEIRA, V. E. Burocratas de Médio Escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 65, n. 4, p. 463-92, out./dez. 2014.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-21, jul./set. 2007.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre Drogas no Brasil: a estratégia de Redução de Danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-95, 2013.

MACRAE, E. Aspectos Socioculturais do Uso de Drogas e Políticas de Redução de Danos. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 14., Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: LOCAL, 2007. V. 1.

MARTINS, J. C. *A Organização do Poder Estatal e o Desenvolvimento Econômico: a hipótese da descentralização diante da experiência brasileira*. Dissertação (Mestrado em Direito)– Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/16098/16098_5.PDF>. Acesso em: 30 jun. 2015.

MONKEN, M. et al. O Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. et al. (Org.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 23-41.

MOTA, D. C. B. *Avaliação da Implementação das Políticas Públicas sobre o Álcool e Outras Drogas em Nível Municipal*. 2011. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia)– Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

OLIVEIRA, A. Burocratas da Linha de Frente: executores e fazedores das políticas públicas. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 1551-73, nov./dez. 2012.

PARSONS, W. *Políticas Públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. Cidade do México: FLACSO/Sede Académica de México, 2007.

PASSOS, E. H. Pensar Diferentemente o tema das drogas e o Campo da Saúde Mental. In: SANTOS, L. M. de B. (Org.). *Outras Palavras Sobre o Cuidado de Pessoas que Usam Drogas*. Porto Alegre: Ideograf/CRP/RS, 2010. p. 07-14.

_____.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 1, n. 23, p. 154-162, 2011.

PIRES, R. R. C. Burocracia, Discrecionalidade e Democracia: alternativas para o dilema entre controle do poder administrativo e capacidade de implementação. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 14, n. 54, jan./jun. 2009.

REIS, C.; GUARESCHI, N. M. F.; CARVALHO, S. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicologia e Sociedade*, v. 26, p. 68-78, 2014. Número especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe/08.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2016.

- RODRIGUES, L. B. B. et al. A Atenção Primária à Saúde na Coordenação das Redes de Atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 19, v. 2, p. 343-52, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.
- RONZANI, T. M. et al. Apresentação. In: _____. (Org.). *Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas*. São Paulo: Cortez, 2015. p. 11-6.
- SABATIER, P. A.; MAZMANIAN, D. A. La Implementación de la Política Pública: un marco de análisis. In: VILLANUEVA, L. F. A. (Org.). *La Implementación de las Políticas*. Cidade do México: Miguel Angel Porrúa Grupo Editorial, 1993. Colección Antologías de Política Pública, Cuarta Antología.
- SANTOS, M. *O país distorcido*. São Paulo: Publifolha, 2002.
- SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica de saúde. *Psico*, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 168-78, abr./jun. 2011.
- SCHNEIDER, J. F. et al. Atendimento a Usuários de Drogas na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 654-61, 2013.
- SILVA, B. V. G. Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990. *Aedos*, Porto Alegre, n. 12, v. 5, jan./jul. 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/aedos/article/viewFile/36854/26774>>. Acesso em: 04 set. 2014.
- SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. de. O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. *Cadernos NEPP*, Campinas, n. 48, NEPP-UNICAMP, 2000.
- SIQUEIRA, D. Construindo a Descriminalização. In: SANTOS, L. M. de B. (Org.). *Outras Palavras Sobre o Cuidado de Pessoas que Usam Drogas*. Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. p. 65-9.
- SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e dedescentralização. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002.
- TÓFOLLI, L. F. Política de Drogas e Saúde Pública. *Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos*, LOCAL, v. 12, n. 21, ago. 2015. Disponível em: <<http://sur.conectas.org/edicao-21/politicas-de-drogas-e-saude-publica>>. Acesso em: 11 set. 2015.
- VAN METER, D. S.; VAN HORN, C. E. El Proceso de Implementación de las Políticas: un marco conceptual. In: VILLANUEVA, L. F. A. (Org.). *La Implementación de las Políticas*. Cidade do México: Miguel Angel Porrúa Grupo Editorial, 1993. Colección Antologías de Política Pública, Cuarta Antología. p. 97-146.

VIANA, A. L. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, pp. 5-43, 1996.

VILLANUEVA, L. F. A. Studio Introductorio. In: VILLANUEVA, L. F. A. (Org.). *La Implementación de las Políticas*. Cidade do México: Miguel Angel Porrua Grupo Editorial, 1993. Colección Antologías de Política Pública, Cuarta Antología.

XIMENDES, A. M. C.; REIS, C.; WOLSKI, R. Como se Produz Morte em Nome da Defesa da Vida. In: XIMENDES, A. M. C.; REIS, C.; OLIVEIRA, R. W. (Org.). *Entre Garantia de Direitos e Práticas Libertárias*. Porto Alegre: CRP/RS, 2013. p. 87-108.

ANEXOS

ANEXO A

Quadro 01: Perfil dos entrevistados na ESF A

ID	Idade	Sexo	Onde reside	Profissão	Formação	Tempo de Exercício na função
P1	33 anos	F	No bairro de atuação da ESF	ACS	Ensino Médio Completo	12 anos
P2	37 anos	F	No bairro de atuação da ESF	ACS	Ensino Fundamental Completo	4 anos
P3	38 anos	F	Em outros bairros	ASB	Ensino Médio Completo	4 anos
P4	37 anos	F	Em outros bairros	Dentista	Pós Graduação	1 ano e meio
P5	58 anos	F	Em outros bairros	Enfermeira	Pós Graduação	6 anos
P6	39 anos	M	Em outros bairros	Médico	Pós Graduação	1 ano
P7	28 anos	F	No bairro de atuação da ESF	Técnico em Enfermagem	Curso Técnico	7 anos
P8	28 anos	F	No bairro de atuação da ESF	Técnico em Enfermagem	Curso Técnico	6 anos

Quadro 02: Perfil dos entrevistados na ESF B

ID	Idade	Sexo	Onde reside	Profissão	Formação	Tempo de Exercício na função
P1	39 anos	F	No bairro de atuação da ESF	ACS	Ensino Médio Completo	11 anos
P2	33 anos	F	No bairro de atuação da ESF	ACS	Ensino Superior Incompleto	5 anos
P3	30 anos	F	No bairro de atuação da ESF	ASB	Ensino Médio Completo	3 anos
P4	58 anos	F	Em outros bairros	Dentista	Pós Graduação	5 anos
P5	33 anos	F	Em outros bairros	Enfermeira	Pós Graduação	3 anos
P6	27 anos	F	Em outros bairros	Médico	Ensino Superior Completo	1 mês
P7	36 anos	F	Em outros bairros	Técnico em Enfermagem	Ensino Superior Completo	1 anos

Quadro 03: Perfil do entrevistado sobre RD

ID	Idade	Sexo	Onde reside	Profissão	Formação	Tempo de Exercício na função
RD1	51 anos	M	Bairro sem ESF. Não atua em ESF.	Monitor social Redutor de Danos	Superior Incompleto	11 anos

Quadro 04: Perfil dos burocratas de médio escalão

ID	Idade	Sexo	Órgão	Profissão	Função	Tempo de Exercício na função
P1	31 anos	F	Prefeitura	Enfermeira	Coordenadora da Atenção Básica	2 anos e meio
P2	51 anos	F	Coordenadoria Regional de Saúde	Enfermeira	Coordenadora de Saúde Mental	3 anos
P3	54 anos	F	Coordenadoria Regional de Saúde	Assistente Social	Coordenadora da Atenção Básica	1 ano

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador Responsável: Claudia Tirelli **Discente Pesquisador:** Emanuelli Paludo

Prezado Participante

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de uma pesquisa, cujo tema é *Políticas Públicas sobre Drogas: a implementação em Estratégias de Saúde da Família no Município de Santa Cruz do Sul/RS*. Esta pesquisa objetiva analisar como as políticas públicas de enfrentamento às drogas vêm sendo implementadas em Santa Cruz do Sul, pela Atenção Primária em Saúde, através de entrevistas.

Os resultados obtidos poderão ser publicados em artigos científicos, mas a identidade dos participantes será preservada e mantido o mais rigoroso sigilo de informações que possam identificá-los(as). O material será arquivado pelo período de cinco(5) anos e, posteriormente, queimado. Com a sua participação você estará contribuindo para melhor compreender o fenômeno estudado e para a produção de conhecimento sobre a realidade do município.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC e os procedimentos utilizados não oferecem riscos físicos e morais, pois seguem os Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos, segundo a Resolução n.196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela discente Emanuelli Paludo, pelo telefone, e-mail ou CEP, da UNISC.

Eu _____, pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, justificativa e procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Emanuelli Paludo
Psicóloga - CRP: 07/21785
Mestranda em Desenvolvimento Regional