

Título do capítulo	CAPÍTULO 8 – TENDÊNCIAS E DESAFIOS DAS POLÍTICAS DE CUIDADO A USUÁRIOS DE DROGAS NA AMÉRICA LATINA
Autores(as)	Roberto Rocha C. Pires Maria Paula G. dos Santos Luiza Luz Rosa
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-018-9/cap8

Título do livro	ALTERNATIVAS DE CUIDADO A USUÁRIOS DE DROGAS NA AMÉRICA LATINA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DE AÇÃO PÚBLICA
Organizadores(as)	Roberto Pires Maria Paula Santos
Volume	-
Série	-
Cidade	Brasília
Editores	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL)
Ano	2021
Edição	-
ISBN	978-65-5635-018-9
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-018-9

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2021

As publicações do Ipea estão disponíveis para download gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesso: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

TENDÊNCIAS E DESAFIOS DAS POLÍTICAS DE CUIDADO A USUÁRIOS DE DROGAS NA AMÉRICA LATINA

Roberto Rocha C. Pires¹
Maria Paula G. dos Santos²
Luiza Luz Rosa³

1 INTRODUÇÃO

Nos capítulos anteriores, discutiu-se a trajetória histórica das políticas de atenção a pessoas que fazem usos problemáticos de drogas, o panorama institucional contemporâneo das ofertas de atenção a este público e políticas e programas atuais realizados em Argentina, Brasil, Colômbia, México e Uruguai. Neste capítulo, buscamos desenvolver um olhar transversal sobre os países e casos estudados, visando apontar tendências comuns às suas diversas trajetórias, nas últimas décadas, assim como indicar as potencialidades e desafios, descortinados por estes estudos, para o avanço de uma agenda de políticas assistenciais a usuários de drogas que cumpram com o objetivo de restituir direitos a estes sujeitos ao tempo em que contribuam para o enfrentamento das desigualdades sociais.

O capítulo toma como base e fonte de informação primordial os textos desenvolvidos por Corbelle (capítulo 3, neste volume), Góngora, Salazar e Borja (capítulo 5, neste volume), Ospina-Escobar (capítulo 6, neste volume), Musto (capítulo 7, neste volume), e Santos e Pires (capítulo 4, neste volume) sobre cada um dos casos selecionados nos cinco países aqui contemplados. Ao longo do desenvolvimento do projeto *Desigualdades sociais e implementação de políticas públicas na América Latina: políticas de atenção e cuidado a pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas*, foram realizados oficinas e seminários com estes pesquisadores, que propiciaram discussões e reflexões coletivas, as quais permitiram, além do entendimento de cada caso em sua singularidade, uma visão mais ampla da experiência comum destes países nesta área de política. Sistematizamos esta reflexão coletiva e internacional⁴ trazendo os temas que se destacaram na análise comparativa dos casos. Assim, cada uma das seções que se seguem apresenta achados que refletem questões transversais aos diferentes casos nacionais.

1. Técnico de planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos do Estado, Instituições e Democracia (Diest) do Ipea.

2. Técnica de planejamento e pesquisa na Diest/Ipea.

3. Assistente de pesquisana Diest/Ipea.

4. Apesar de tomar como base os trabalhos desenvolvidos pela rede de pesquisadores, eventuais imprecisões e equívocos são de inteira responsabilidade dos autores deste capítulo.

A primeira seção argumenta que, ao longo das últimas décadas, está em marcha um processo de complexificação e diversificação das ofertas de atenção e cuidado a usuários de drogas nesses países. A partir desta constatação, analisam-se os principais vetores deste processo, bem como as características gerais dos arranjos institucionais adotados em cada contexto nacional (isto é, articulações em nível sistêmico), em termos de políticas nacionais, sistemas e redes de serviços, além de mecanismos de regulação e financiamento das múltiplas ofertas existentes.

A segunda seção parte para um enfoque mais específico, concentrado nas novas modalidades de cuidado emergentes em cada país, em que se apresentam experiências representativas destas modalidades em seus contextos históricos e político-institucionais. Desenvolve-se, então, uma discussão sobre as potencialidades contidas nestas experiências, reveladas pelas pesquisas empíricas de inspiração etnográfica, que foram conduzidas especialmente para este projeto. Tais pesquisas tiveram por objeto serviços e dispositivos de atenção que representam estas novas modalidades de cuidado em seus contextos locais: os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (Caps AD), no Distrito Federal (Brasil); os Centros de Atención Primaria a las Adicciones (Capa), em San Luis Potosí (México); os Dispositivos Integrales de Atención Territorial (Diat); e os Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC), na região metropolitana de Buenos Aires (Argentina); os *Centros de Escucha*, em Bogotá e Cali (Colômbia); e o *Achique de Casavalle*, na zona norte de Montevidéu (Uruguai).⁵

Finalmente, a terceira parte trata dos desafios enfrentados na implementação dessas experiências, que foram aqui agregados em três conjuntos: precariedades materiais (3.1), tensões relacionais (3.2) e barreiras de acesso impostas aos grupos mais vulneráveis da clientela desses serviços (3.3). A superação destes desafios coloca-se como tarefa necessária à expansão e consolidação de estratégias assistenciais a pessoas que fazem usos problemáticos de drogas, que respondam ao imperativo do respeito aos direitos humanos e à urgência do combate às desigualdades sociais na região.

2 COMPLEXIFICAÇÃO E DIVERSIFICAÇÃO DAS OFERTAS DE CUIDADO E ATENÇÃO

Uma primeira conclusão que podemos extrair da análise das trajetórias históricas e do panorama contemporâneo das iniciativas presentes em cada país estudado é de que há um claro movimento, nas últimas décadas, de complexificação e diversificação das ofertas de atenção e cuidado a pessoas com problemas associados ao uso de drogas. Ao longo da maior parte do século XX, em todos esses países, a oferta se restringiu a abordagens médico-institucionais e hospitalocêntricas, ou à ação de grupos de ajuda mútua e de organizações filantrópicas e religiosas, todos

5. Os nomes e as siglas das experiências serão apresentados mais detalhadamente na seção 2.

voltados ao alcance da meta única da abstinência de substâncias. No entanto, a virada para o século XXI ensejou uma ampliação das modalidades de cuidado, no sentido de serviços ambulatoriais, dispositivos de base comunitária e no trabalho de articulação destes em redes integradas e intersetoriais de atenção aos usuários de drogas em seus territórios. Nessas novas modalidades, o foco exclusivo na abstinência cedeu espaço a outras possibilidades de se compreender o uso de drogas e as relações, nem sempre problemáticas, entre os sujeitos e as drogas.

Os capítulos anteriores indicam que a introdução dessas mudanças acompanhou os processos mais amplos de redemocratização e ampliação dos direitos civis, políticos e sociais na região. Embora com diferenças de forma e temporalidade entre os países, o contexto político do final do século XX propiciou a atuação mais incisiva de movimentos de luta antimanicomial e por reformas psiquiátricas, comprometidos com a garantia dos direitos humanos e com a defesa de possibilidades de tratamento voluntário, realizado em condições de liberdade e dignidade, para pessoas com problemas associados à saúde mental. Estes movimentos culminaram na promulgação de novas normas e protocolos para o cuidado com a saúde mental (ou legislação análoga) nos países estudados.⁶

Além dessas reformas, o novo século também ensejou processos de revisão das leis penais relativas à produção, comercialização e posse de substâncias psicoativas, caracterizados por uma crescente distinção legal entre as atividades de tráfico e o uso de drogas, por meio dos quais deixaram de incidir, sobre os usuários, penas privativas de liberdade, as quais foram sendo substituídas por medidas destinadas a tratamentos de saúde.⁷ Tais mudanças, e seus desdobramentos, cumpriram papel importante para o reconhecimento de usuários de drogas como sujeitos de direito, assim como da dependência química como digna de políticas públicas assistenciais (saúde, assistência social, geração de renda e emprego etc.), relegando as internações de longa duração à categoria de recurso terapêutico excepcional.

As transformações de âmbito nacional tiveram impulso a partir da difusão transnacional de ideias, abordagens e modelos de atenção voltados para grupos sociais em situação de vulnerabilidade, por meio, principalmente, do ativismo de grupos da sociedade civil. Entre estes, destaca-se a emergência da perspectiva e das práticas de redução de danos (RD), nos anos de 1980 e 1990. Em todos os países analisados, a RD entra em cena por meio das estratégias de controle da transmissão do HIV, desenvolvidas por organizações da sociedade civil internacionais⁸ e locais.

6. Brasil, em 2001; Argentina, em 2010; Uruguai, em 2017; e México, em 2011.

7. À exceção do Uruguai, onde o uso de drogas jamais foi criminalizado. Mais detalhes em Soares (capítulo 2, neste volume) e Musto (capítulo 7, neste volume).

8. A Caritas Internacional apoiou a formação de grupos para o desenvolvimento desse tipo de trabalho em diversos países (Machín *et al.*, 2006, *apud* Ospina-Escobar, capítulo 6, neste volume). MACHÍN, J. *et al.* Reducción del daño: un pasaje del delirio utópico al realismo ecológico. In: MILANESE, E. (Coord.). *Farmacodependencia y reducción de daños*. México: Cafac, 2006. (Por que as referências aqui? Não basta coloca-las ao final?)

Naquele momento, o envolvimento governamental com estas iniciativas – seja por meio do seu financiamento e/ou de sua incorporação nas políticas formais de enfrentamento à Aids – variou bastante entre os países. No caso brasileiro, por exemplo, o internacionalmente reconhecido programa de DST/Aids do Ministério da Saúde financiou, a partir de 1994, a multiplicação de organizações não governamentais (ONGs) que praticavam a RD nas cenas abertas de uso de drogas no país, disseminando informações sobre saúde, ofertando insumos para o uso seguro de drogas e facilitando o acesso a serviços de saúde e assistência social (Passos e Paula Souza, 2011; Petuco, 2019).

Já na década seguinte, à medida que a atenção pública volta-se aos problemas decorrentes do aumento do consumo de “novas drogas” – como *crack*, *paco*, *bazuco* (pasta base de coca) etc. –, a RD transborda o campo específico da prevenção do HIV e se associa ao campo do cuidado a usuários problemáticos de drogas (Petuco, 2019). Este transbordamento, no entanto, assume contornos diferenciados nos diferentes países estudados.

Nos casos de Argentina, Colômbia e Brasil, a RD alcançou o *status* de diretriz formal de políticas nacionais. Na Argentina, uma Lei de Saúde Mental, de 2010, inscreve a RD no rol dos serviços nacionais de saúde (Corda, Galante e Rossi, 2014⁹ *apud* Corbelle, capítulo 3, neste volume). Na Colômbia, a política de atenção ao consumo de drogas, instituída em 2007, assume primeiro a noção de “mitigação”, tendo a RD como diretriz do modelo de inclusão social – um dos instrumentos da política. Em 2019, a RD torna-se estratégia central e explícita na política nacional colombiana (Góngora, Salazar e Borja, capítulo 5, neste volume). No Brasil, a RD foi incorporada à Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas – Pauad (Brasil, 2003) como um de seus principais princípios orientadores.¹⁰

Nos casos do México e do Uruguai, entretanto, observa-se a incorporação da RD num grau bem mais modesto. No Uruguai, embora tenha sido instituído financiamento público a programas de RD, desenvolvidos por ONGs desde os anos 2000, a incorporação explícita e formal desta estratégia, pelas políticas de Estado sobre drogas, ainda não se verificou (Musto, capítulo 7, neste volume). Já no caso mexicano, apesar de o país ter sido palco de experiências pioneiras na América Latina nos anos 1980,¹¹ a RD teve pouca penetração nas políticas e instituições governamentais ao longo dos anos 1990. Foi apenas nos anos 2000 que o Centro

9. CORDA, A. R.; GALANTE, A.; ROSSI, D. *Personas que usan estupefacientes en Argentina: de delinquentes/enfermos a sujetos de derechos*. Buenos Aires: Intercambios; Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2014.

10. No caso brasileiro, contudo, estão em marcha, desde 2019, retrocessos no sentido de um apagamento da RD, visando ao retorno de um foco exclusivo na abstinência. Mais detalhes em Santos e Pires (neste volume).

11. Como a de uma organização que atuava em Ciudad Juarez em 1988, com trabalho de troca de seringas, sob o paradigma da promoção e desenvolvimento comunitário, envolvendo a formação de pares (Ospina-Escobar, capítulo 6, neste volume).

Nacional para la Prevención y Control del Sida (Censida) assumiu formalmente a adoção da redução de danos para o enfrentamento da epidemia de HIV, na fronteira norte do país. Este fato acabou por favorecer a inclusão posterior da RD na política nacional de prevenção e tratamento a adições (NOM-028, de 2009) do México. Contudo, esta inclusão restringiu-se à prevenção do HIV, dificultando a disseminação da RD em programas e serviços de cuidado e atenção a usuários de drogas em geral (Ospina-Escobar, capítulo 6, neste volume).

Outro processo comum aos países, que se mostrou relevante para a emergência de novas modalidades de cuidado a usuários de drogas, foi a difusão transnacional das estratégias de tratamento de base comunitária (TBC, ou *community-based treatment* – CBT), ancoradas no modelo da Epistemologia da Comunidade/Ética Comunitária (ECO2).¹² O TBC e o ECO2 podem ser entendidos como modalidades de redução de danos, na medida em que, como explicam Góngora, Salazar e Borja (capítulo 5, neste volume), partem de três premissas: i) a impossibilidade de “um mundo sem drogas” e, conseqüentemente, a inefetividade de terapêuticas que têm como ponto de partida, ou objetivo único, a abstinência de drogas; ii) a obrigação do Estado e dos serviços de proverem aos usuários de drogas os meios para que o consumo seja o menos prejudicial possível; e iii) a percepção de que as conseqüências nocivas do uso de drogas podem ser mitigadas por meio da modificação da estrutura de relações que compõem as redes sociais de cada indivíduo.

Assim, o TBC e o ECO2 envolvem ações, instrumentos e práticas voltadas para a melhoria das condições de vida das pessoas que fazem uso problemático de drogas e vivem em situações de vulnerabilidade e exclusão grave, apostando numa associação direta entre a vulnerabilidade dos usuários e as estruturas e densidades das suas redes sociais (Milanese, 2012). Para tal, assumem como eixo estratégico de intervenção o território e as redes sociais que nele se constituem, e visam dotar de recursos, de todo tipo, as pessoas que ali habitam. Trata-se de um trabalho que envolve a formação de agentes de promoção social e o desenvolvimento de atividades de integração, contenção e dinamização comunitária, com o objetivo de enfrentar os processos de exclusão social grave a que estão submetidos os usuários problemáticos (Machín, 2015).

Tal como descrevem Góngora, Salazar e Borja (capítulo 5, neste volume), essas estratégias e modelos se difundiram na América Latina nas últimas décadas, a partir do apoio de organizações internacionais, como a Caritas Internacional, a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e a União Europeia, que garantiram tanto a formação de agentes multiplicadores quanto o financiamento de experiências em diferentes países da região. O processo de difusão inicia-se com uma experiência pioneira na Cidade do México. Porém, apesar do intenso ativismo local e do apoio internacional, o modelo ECO2 não

12. Para uma abordagem histórica da criação, difusão e evolução do ECO2, ver Machín (2010), Milanese (2016) e Fergusson e Góngora (2012).

conseguiu penetrar nas instituições governamentais daquele país, devido ao fortalecimento das concepções proibicionistas e à crescente criminalização dos usuários de drogas, nos anos 2000.

Nos casos do Brasil e do Uruguai, percebe-se, nas experiências analisadas, uma grande influência dos componentes territorial e comunitário, típicos do TBC, mas sem a vinculação explícita das políticas de atenção e cuidado ao modelo ECO2.¹³ Por outro lado, na Argentina esta vinculação é mais clara e explícita, tanto nos documentos das políticas da Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) como na criação de DTCs nos territórios de maior vulnerabilidade – que serão abordados detalhadamente a seguir.

Mas é certamente na Colômbia que o ECO2 alcança um maior grau de institucionalização. A partir de 2007, o modelo foi incorporado no país como marco teórico e técnico para as políticas de atenção a consumidores problemáticos de drogas. Por meio de uma parceria entre organizações da sociedade civil e o Ministério da Saúde colombiano, as premissas e as estratégias do ECO2 foram introduzidas na Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, promulgada em 2007. Mais recentemente, tanto os fundamentos do ECO2 e do TBC foram adotados por boa parte das organizações da sociedade civil que atuam com usuários de drogas, e as recomendações de sua utilização foram reforçadas pelas revisões da política de prevenção e atenção ao consumo de drogas, ocorridas em 2019.

Os movimentos ocorridos em cada contexto nacional, somados aos processos de difusão entre os países, vêm resultando em arranjos institucionais mais complexos e diversificados, quando considerada a totalidade das ofertas de atenção, cuidado e tratamento a usuários problemáticos de drogas, em cada país (quadro A.1, apêndice A). A complexificação e a diversificação de tais arranjos ocorrem em diferentes dimensões nos países estudados. A primeira dimensão diz respeito aos atores envolvidos nas ofertas de cuidado. Para além de atores tradicionais do campo, como hospitais e clínicas privadas, grupos de ajuda mútua (alcoólicos anônimos – AA, narcóticos anônimos – NA etc.) e iniciativas caritativas e religiosas, incluindo as comunidades terapêuticas (CTs), passaram a compor o panorama contemporâneo das ofertas: i) novas organizações da sociedade civil, envolvidas com projetos de redução de danos e focados em territórios ou segmentos específicos de usuários; e ii) diferentes organizações do aparato estatal, atuantes em nível nacional, provincial ou local, em variadas áreas, tais como a regulação do consumo (secretarias, juntas, comissões e conselhos nacionais), a saúde pública, a assistência social e o Poder Judiciário, entre outros.

13. Um antecedente muito importante no Brasil é o trabalho do professor Antônio Nery Alves Filho, do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad), da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O modelo criado por ele, chamado de "consultório de rua", foi uma grande referência para a redução de danos na região. Mais detalhes em Consultório... ([s.d.]) e Nery Filho, Valério e Monteiro (2011).

Outro elemento digno de destaque são os arranjos institucionais montados para a provisão de cuidado e atenção a usuários de drogas nos distintos países. Nos casos de Argentina, Brasil e México, o arranjo adotado combina organizações públicas, em diferentes níveis das administrações estatais, com prestadores de serviços privados e organizações da sociedade civil. Já nos casos da Colômbia e do Uruguai, observa-se menor presença de serviços públicos e maior proeminência de serviços prestados por organizações da sociedade civil. No caso específico do Uruguai, até 2005 a presença de organizações da sociedade civil na atenção especializada – NA, CTs e ONGs que praticam a RD – era bem mais expressiva do que a de uns poucos hospitais psiquiátricos públicos.

Outra dimensão relevante da complexificação desses arranjos é a que diz respeito ao financiamento das ofertas de cuidado. Para além dos serviços privados e filantrópicos tradicionais, percebe-se o incremento do financiamento oriundo de fontes tanto internacionais – organizações do sistema da Organização das Nações Unidas (ONU) e ONGs – quanto públicas nacionais. As primeiras se direcionam principalmente a organizações da sociedade civil, enquanto as segundas custeiam serviços prestados diretamente por agências estatais, ou por ONGs e entidades privadas, via fundos de fomento. Por fim, a diversificação está presente também nas metodologias e modalidades de cuidado, em que abordagens biomédicas hospitalocêntricas e religiosas – historicamente predominantes no campo – passam a conviver com ofertas inspiradas no paradigma psicossocial, com o uso da redução de danos e do tratamento de base comunitária.

Esse processo resultou em múltiplas ofertas que se justapõem de forma fragmentada. As mais tradicionais e ainda dominantes – hospitais e clínicas, públicos e privados; grupos de ajuda mútua; e CTs – passaram a coexistir com as novas estratégias e modalidades assistenciais – centros de atenção especializada, serviços ambulatoriais, dispositivos territoriais e comunitários, programas de prevenção, programas de redução de danos – em agências públicas e organizações da sociedade civil. Esta situação impôs a realização de articulações em nível sistêmico, visando à coordenação entre os serviços, tendo em vista a garantia de acesso ao cuidado e seus fluxos, assim como à distribuição dos recursos financeiros. A seguir, apresentam-se os traços gerais das estratégias de articulação entre serviços e instituições, em nível sistêmico, adotadas em cada país.

No Brasil, a Paud organizou-se a partir dos mesmos princípios e diretrizes da política de saúde mental instituída pela reforma psiquiátrica (2001), apostando na atenção psicossocial de base comunitária, por meio de serviços ambulatoriais prestados pelos Caps AD. Estes equipamentos são definidos como dispositivos estratégicos para a articulação da rede intersetorial de serviços voltados à atenção integral dos usuários – outros serviços de saúde (atenção básica e especializada), assistência social, educação, geração de emprego e renda, entre outros – nos diversos

territórios. A partir de 2011, a articulação dos serviços de saúde foi formalizada por meio de portarias do Ministério da Saúde que instituíram as Redes de Saúde, entre as quais as Redes de Atenção Psicossocial (Raps). O mandato das Raps é “ampliar e diversificar os serviços do SUS [Sistema Único de Saúde] para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, *crack* e outras drogas e suas famílias”, numa perspectiva intersetorial.¹⁴ Foram incluídos, então, nas Raps os serviços residenciais prestados pelas CTs, que, a partir daí, foram habilitadas a receber recursos do ministério e das secretarias de saúde de estados e municípios. Em paralelo, e de forma mais concorrencial do que articulada, foi também instituído o financiamento de CTs, por meio dos fundos de políticas antidrogas, frequentemente associados aos órgãos de justiça e segurança pública, nos níveis federal e estadual, além de fontes associadas às políticas de assistência social, no nível municipal. Para além da atenção realizada pelos Caps ADs e das CTs, existe ainda um parque de clínicas psiquiátricas particulares que atendem primordialmente às classes mais abastadas. Para terem acesso a estas clínicas, os segmentos mais vulneráveis podem recorrer por via judicial – ou seja, um juiz pode vir a determinar internação, a partir de demanda apresentada pelo próprio usuário, sua família ou alguma autoridade pública (Santos e Pires, capítulo 4, neste volume).

Na Argentina, a Sedronar, criada em 1989, passou por um processo de reestruturação interna em 2014, que envolveu uma mudança de paradigma em matéria de atenção aos consumos problemáticos de drogas. Suas atividades foram circunscritas a funções de prevenção, capacitação e assistência; e, com a intenção de “trazer a Secretaria para as ruas”, concedeu-se reconhecimento e financiamento a diferentes experiências de abordagem comunitária, ao mesmo tempo que se criaram quatro dispositivos territoriais próprios, com forte ênfase na participação e integração comunitária.

Esses dispositivos (atualmente, Diat e DTC), além de melhorarem a acessibilidade nos territórios onde foram instalados, se somaram à oferta assistencial da Sedronar, oferecida por meio do Centro de Consultas y Orientación (Cedecor). Neste último dispositivo, se oferecem serviços de orientação, admissão e encaminhamento das pessoas que demandam atenção e/ou assessoramento. Ou seja, o Cedecor oferece uma primeira escuta, possui serviços de consultório externo e, caso seja considerada necessária uma internação, encaminha as pessoas a ONGs, que, em sua maioria, ainda operam com o modelo de CT. Mas também pode optar por fazer encaminhamentos para assistência ambulatorial, ofertada por dispositivos da própria secretaria (Diat, DTC e Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario – CAAC) ou outros, ofertados por municípios e províncias, dependendo do que esteja mais próximo dos usuários.

14. A Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088/2011 define os seguintes serviços como componentes da Raps: serviços de atenção básica em saúde; serviços de atenção psicossocial especializada; serviços de atenção de urgência e emergência; serviços de atenção hospitalar, serviços residenciais de CTs, entre outros. Mais detalhes, ver Brasil (2011).

Além da oferta assistencial da Sedronar, o sistema de saúde oferece serviços em hospitais gerais e especializados, centros de saúde mental, centros de atenção primária e centros-dia. Conta-se ainda com alguns dispositivos de assistência social ligados aos municípios e às províncias. Esta oferta se compõe majoritariamente de tratamentos ambulatoriais na modalidade de consultório na rua e hospital-dia. No que se refere a serviços de internação, existem programas de desintoxicação em alguns poucos hospitais gerais e especializados. Entretanto, a oferta de tratamentos residenciais de longo prazo se reduz àquela oferecida pelos hospitais especializados em saúde mental e consumos problemáticos, sobretudo para pessoas com comorbidades psiquiátricas.

No Uruguai, a oferta de serviços começa a se expandir significativamente somente a partir de 2005. Em 2013 é criada a Red Nacional de Atención en Drogas (Renadro), que passa a operar com recursos de um fundo administrado coletivamente por diferentes agências públicas: Junta Nacional de Drogas, Ministério de Saúde; Instituto del Niño y del Adolescente; Administración de Salud del Estado; e a Corporación Nacional para el Desarrollo. A Renadro opera como uma rede paralela no âmbito dos serviços de saúde pública, articulando instituições públicas e privadas que prestam atenção especializada a usuários de drogas. Além disso, financia e articula os seguintes serviços: centros de internação, como os centros públicos residenciais em Montevideo e nos demais departamentos; CTs; centros de informação, diagnóstico e encaminhamento (*dispositivos ciudadela*); grupos terapêuticos (Grupos T), em bairros periféricos de Montevideo; e, finalmente, os programas de proximidade – como a Unidad de Asistencia Móvil (UMA), o Programa Aleros e El *Achique* –, que envolvem dispositivos territoriais e de abordagem de rua. Como apontado por Musto (capítulo 7, neste volume), apesar do avanço na consolidação dos serviços e na ampliação do direito à saúde, a Renadro ainda carece de possibilidades de tratamento ambulatorial para os usuários problemáticos de drogas, restando um vazio institucional entre as abordagens territoriais e de escuta, de um lado, e as internações, de outro.¹⁵

No México, dos anos 2000 em diante, consolidou-se um sistema apoiado em dois pilares. O primeiro envolve o financiamento público de centros de tratamento não governamentais de modalidade residencial – CTs, *Anexos* e instituições assemelhadas. A partir de denúncias de graves violações de direitos humanos nesses centros, fortaleceram-se processos de regulação e certificação, levando à normatização oficial para a prevenção, o tratamento e o controle das adições (NOM-028), primeiramente promulgada em 1998 e posteriormente revista em

15. Musto (capítulo 7, neste volume) relata, com base em diagnósticos locais financiados pela Junta Nacional de Drogas, que usuários dispostos a iniciar um tratamento acabam encontrando ofertas que se limitam a ações de “escuta”, não necessariamente envolvendo instituições descentralizadas para tratamento médico profissional.

2009. Entre 2010 e 2018, este sistema de certificação foi a base para a concessão de financiamento governamental (*becas*) de vagas de internação para tratamento em entidades conveniadas.¹⁶

O segundo pilar assenta-se em reformas do sistema de saúde, que levaram à criação da categoria de unidades médicas especializadas, favorecendo a oferta pública de atenção primária à saúde de usuários problemáticos de substâncias. A partir de 2011, passaram a estar disponíveis serviços ambulatoriais – como os Centros de Atención Primaria a las Adicciones (Capas) e os Centros de Integración Juvenil (CIJs) – além de um seguro público de saúde, que visa cobrir o tratamento de dependentes químicos em estabelecimentos privados. Assim, o sistema se organiza a partir de duas modalidades de serviço: i) ambulatoriais, fornecidos pelos Capas, CIJs, grupos de ajuda mútua e hospitais psiquiátricos; e ii) residenciais, a cargo dos centros residenciais públicos, CTs, *Anexos*, grupos de ajuda mútua, albergues e grupos teoterapêuticos.¹⁷ Cada um desses serviços pode envolver combinações de atenção médica profissional, cuidado entre pares ou modelos mistos. Há também, em proporção residual, programas de redução de danos conduzidos por organizações da sociedade civil (Ospina-Escobar, capítulo 6, neste volume).

No caso da Colômbia, desde o final do século XX, fortaleceu-se uma articulação entre CTs e hospitais psiquiátricos da rede pública em torno das Unidades de Atención Integral de las Conductas Adictivas (Uaic), tendo em vista a provisão de serviços na área de saúde mental. Estes serviços promovem internações para desintoxicação (geralmente envolvendo fármacos substitutivos) nos hospitais, seguidos de internação em CTs para tratamentos de base espiritual e moral. Na década de 2000, inaugura-se um novo pilar, com a consolidação gradual da nova política de atenção ao consumo de drogas, orientada pela perspectiva da RD. A Lei nº 1.566/2012, que regulamentou a nova política instituída em 2007, garantiu a atenção a dependentes químicos no sistema geral de saúde, em serviços de desintoxicação e tratamento. A lei exige, contudo, o consentimento livre e informado dos usuários para estes procedimentos. Além disso, a nova política consolidou as bases para o desenvolvimento de estratégias alinhadas à redução de danos e para a ampliação e o fortalecimento de ações de reabilitação integral e inclusão social, por meio de organizações da sociedade civil (Góngora, Salazar e Borja, capítulo 5, neste volume).

Assim, é possível dizer que está em curso nesses países, nas últimas décadas, um movimento promissor de expansão e diversificação das possibilidades e modalidades de cuidado a usuários problemáticos de drogas. Em todos eles,

16. Em 2019, o governo recém-empossado suspende o financiamento público a este tipo de estabelecimento.

17. Conforme relatou Ospina-Escobar (capítulo 6, neste volume), uma pesquisa nacional, realizada em 2016, indicou que aproximadamente três quartos dos respondentes acessaram tratamentos em serviços residenciais e apenas um quarto, em serviços ambulatoriais.

verifica-se um processo de multiplicação das ofertas, resultando em arranjos institucionais mais complexos, caracterizados pela convivência – mais ou menos conflituosa – entre ofertas tradicionais e novas modalidades de cuidado. Em cada um desses países, verificam-se também esforços governamentais no sentido de organizar esta convivência, por meio da instituição de sistemas de políticas nacionais, integrados por princípios, modalidades e categorias de serviços diversos, que coordenam os fluxos e a alocação de recursos financeiros entre eles.

3 INTEGRAL, ARTICULADO, TERRITORIAL E COMUNITÁRIO: SOBRE A POTÊNCIA DAS NOVAS ABORDAGENS

Após a análise mais geral dos sistemas e arranjos institucionais de cada país feita no item anterior, esta subseção reflete sobre as modalidades de cuidado a usuários de drogas que emergiram nas últimas décadas na região, tendo em vista compreender melhor suas características, formas de operação e potencialidades.

Como já mencionado, o projeto que deu origem a este livro envolveu a realização de pesquisas empíricas, de inspiração etnográfica, em alguns serviços, programas e dispositivos de cuidado representativos das estratégias emergentes no período recente, em cada contexto nacional – os Caps AD, no Distrito Federal (Brasil); os Capas, em San Luis Potosí (México); os Diats e DTCs, na região metropolitana de Buenos Aires (Argentina); os *Centros de Escucha*, em Bogotá e Cali (Colômbia); e o *Achique* de Casavalle, na zona norte de Montevidéu (Uruguai). Considerando que os capítulos precedentes apresentaram, com mais detalhe, os procedimentos metodológicos envolvidos e os resultados de cada estudo específico, esta subseção apresenta uma síntese dos casos estudados, salientando a inserção desses nos arranjos institucionais nacionais e suas principais conquistas e potenciais.

Os casos brasileiro e mexicano podem ser compreendidos como representativos de reformas conduzidas no interior dos sistemas de saúde de cada país, voltadas à ampliação da oferta de serviços ambulatoriais de atenção à saúde mental e a usuários de substâncias psicoativas, em contraposição às internações hospitalares de longo prazo. Ambos os países apostaram na implantação de equipamentos públicos, descentralizados, de acesso gratuito, que conjugam diferentes recursos terapêuticos (atenção farmacológica, psicológica, além de atividades culturais e recreativas, entre outras). Porém, há importantes diferenças entre os dois casos no que diz respeito à incorporação da redução de danos e à articulação de redes de serviços e dispositivos de abordagem territorial.

O caso estudado por Ospina-Escobar (capítulo 6, neste volume), no México, é o de um Capa,¹⁸ serviço criado por reformas do sistema de saúde, ocorridas a partir de 2011, que inauguraram a oferta pública de atenção primária a usuários de substâncias em equipamentos especializados. Em 2019, havia 343 unidades de Capas distribuídas pelos 32 estados da república mexicana, localizados nos municípios com maior presença de pessoas em situação de consumo e risco. Apesar de serem parte de uma estratégia de descentralização territorial da atenção ambulatorial, visando ao tratamento em liberdade, com a manutenção do convívio social pelos beneficiários, os Capas não incorporaram a redução de danos, nem os princípios do tratamento de base comunitária. São serviços ainda marcados por um foco prioritário no uso de substâncias (em contraste com um foco nos sujeitos) e na promoção da abstinência.

As equipes dos Capas são formadas por psicólogos, assistentes sociais, além de diretores e gestores, que oferecem serviços diurnos. Seu modelo de atenção inclui psicoterapia breve, segundo a abordagem cognitivo-comportamental, além de serviços especializados para jovens em situação de risco psicossocial, usuários de drogas experimentais ou ocasionais e pessoas com dependência química. O tratamento conjuga cuidado farmacológico e psicossocial, além de atenção aos familiares, por meio de terapias em grupo. Os Capas prestam serviços gratuitos para as comunidades situadas nos territórios em que estão instalados. O trabalho de Ospina-Escobar (capítulo 6, neste volume) abordou a operação das setes unidades de Capa existentes na província de San Luis Potosí.¹⁹

No Brasil, o estudo empírico teve como objeto os Caps AD situados no Distrito Federal. Trata-se de serviço integrante do SUS, presente na maioria dos municípios brasileiros de grande e médio porte.²⁰ Os Caps AD oferecem atenção ambulatorial especializada a pessoas com transtornos decorrentes de usos problemáticos de álcool e outras drogas. Dotados de equipes multiprofissionais – médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros – estes serviços oferecem consultas individuais, dispensação de medicamentos, terapias em grupos, além de oficinas e atividades culturais e recreativas. As atividades são oferecidas diariamente, em período diurno (das 8 às 17h), havendo ainda uma modalidade de Caps AD que oferece acolhimento integral, permitindo aos usuários pernovernarem no equipamento por até quinze dias. Este acolhimento deve ser voluntário, não havendo qualquer tipo de cerceamento à entrada e saída dos acolhidos, mesmo durante o período em que estão hospedados.

18. O capítulo de Ospina-Escobar abordou também a operação de um centro público de tratamento residencial e 23 centros de tratamento não governamentais. Trata-se de ofertas representativas das abordagens mais tradicionais do campo de atenção a usuários de drogas. Por isso, não serão objeto de destaque nestas análises de temas transversais às experiências associadas às novas modalidades de cuidado emergentes nas últimas décadas.

19. Em 2019, o Consejo Nacional contra las Adicciones (Conadic), do México, considerou a província de San Luis como aquela que oferecia as melhores respostas em matéria de atenção aos usos problemáticos de drogas, tanto no que se refere à maneira como estão estruturados os serviços quanto pela forma como opera a coordenação de sua atuação.

20. O SUS dispõe hoje de cerca de quatrocentos Caps AD em todo o território nacional, parte deles para atendimento em horário diurno (das 8h às 17h) e outra parte para acolhimento integral – os chamados Caps AD III.

Diferentemente dos Capas do México, os Caps AD brasileiros têm sua atuação formalmente orientada pela lógica da redução de danos. Neste sentido, a política atribui a estes equipamentos a função estratégica de articulação, em seus territórios de abrangência, das Raps, e destas com outras redes de serviços públicos (assistência social, educação etc.), bem como instituições (empresas e ONGs). É por meio destas articulações que se espera produzir a atenção integral aos usuários.

Além dos serviços ofertados no espaço dos Caps AD, a política prevê também ações *extramuros*, tais como visitas domiciliares e abordagens de rua, em cenas de uso. Estas ações podem envolver outras organizações parceiras (inclusive ONGs), além de redutores de danos. No capítulo correspondente, Santos e Pires (capítulo 4, neste volume) apresentam os resultados da pesquisa empírica conduzida nas sete unidades de Caps AD do Distrito Federal.

Os casos empíricos que foram objeto de estudo em Argentina, Colômbia e Uruguai exemplificam outra modalidade emergente na região de atenção e cuidado a usuários de drogas. Trata-se de dispositivos territoriais e comunitários menos ancorados em serviços ou sistemas de saúde e mais voltados à ativação de redes sociais nos territórios, ainda que sob formas específicas, em cada contexto nacional. Os casos analisados nestes três países oferecem assistência básica imediata a pessoas em situação de vulnerabilidade, e caracterizam-se por imporem baixa exigência aos usuários, conforme o princípio da redução de danos.

Os serviços estudados por Corbelle (capítulo 3, neste volume), na Argentina – o Diat e o DTC –, inserem-se no conjunto das estratégias assistenciais desenvolvidas pela Sedronar a partir 2014. Segundo a autora, existem atualmente no país 62 Diats, em dezenove das 23 províncias argentinas; e 32 DTCs, em treze províncias. A maioria destes dispositivos (quinze e treze, respectivamente) se encontra na província de Buenos Aires, principalmente na região metropolitana. Os Diats são centros de caráter público e ambulatorial que prestam serviços gratuitos, a partir de arranjos de cogestão entre uma ONG, a administração municipal e o governo provincial. São constituídos por equipes multidisciplinares, além de operadores e oficinairos, que desenvolvem trabalhos em torno de três eixos: i) abordagem territorial – identificação e mobilização dos atores inseridos na comunidade, e que podem contribuir para o enfrentamento dos problemas locais; ii) assistência – articulação de serviços e intervenções terapêuticas que visam à (re)construção de projetos de vida e à inclusão comunitária dos usuários; e iii) promoção – recuperação do acesso a direitos e mitigação de vulnerabilidades históricas, por meio de iniciativas voltadas ao fortalecimento de laços sociais, tais como ações de formação nos campos cultural, desportivo, artístico e recreativo. Os três eixos devem agir de forma articulada, visando ao cuidado integral das pessoas, a partir de uma perspectiva de direitos.

Os DTCs, por sua vez, operam com a metodologia do tratamento comunitário, tal como proposto pelo modelo ECO2. Constituem-se como dispositivos territoriais de baixa exigência (em termos de acesso e adesão), que se propõem a criar, visibilizar e fortalecer as redes locais, promovendo “a reorganização dos recursos da comunidade, de forma a aumentar as suas competências na prevenção, contenção e redução dos riscos e danos relacionados com o consumo de substâncias e outras situações críticas associadas” (Tufró e Carroli, 2018, p. 3, tradução nossa, *apud* Corbelle, capítulo 3, neste volume).²¹ As equipes do DTC são compostas por trabalhadores com distintos perfis – de profissionais de saúde e outras áreas a oficinairos, além de referências locais –, que realizam trabalhos na rua, fazem acompanhamento de casos e promovem ações de vinculação. O estudo de Corbelle (capítulo 3, neste volume) se concentrou na operação de um Diat e um DTC localizados em áreas de grande vulnerabilidade social de dois municípios ao norte da região metropolitana de Buenos Aires, ambos caracterizados pela heterogeneidade interna de suas condições sociodemográficas.

Na Colômbia, o estudo empírico desenvolvido por Góngora, Salazar e Borja (capítulo 5, neste volume) se concentrou em um tipo de dispositivo característico da Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, promulgada em 2007 e posteriormente reforçada em 2012 e 2019. Trata-se dos *Centros de Escucha* – componente estratégico do TBC, que desenvolve um trabalho de vinculação, ativação de redes, articulação, além do desenvolvimento contínuo de pesquisas. São operados por organizações da sociedade civil, devendo se localizar nas áreas de residência ou circulação cotidiana de seus usuários (por exemplo, colégios, prisões, bairros carentes e cenas de uso), de modo a proporcionar amplo e fácil acesso.

As equipes desses centros envolvem profissionais de diferentes áreas (mas, em especial, das ciências sociais, humanas e da saúde), atores comunitários e *pares* (usuários e ex-usuários de drogas). Há uma grande plasticidade nas formas específicas de organização e operação dos *Centros de Escucha*, devido à sua inserção em diferentes contextos sociais. Porém, de forma geral, devem ofertar: i) escuta e avaliação de necessidades; ii) alfabetização e educação sobre HIV/Aids e drogas; iii) orientação sobre consumo de drogas e sexo seguros; iv) entrega de preservativos e “parafernália” para uso de drogas; v) assistência básica, incluindo alimentação, primeiros socorros, banheiros, duchas, lavanderia, roupeiro, alojamento etc.; e vi) inserção laboral. Há também casos de *Centros de Escucha* que se concentram

21. No original: “la reorganización de los recursos comunitarios, con el fin de incrementar sus competencias en materia de prevención, contención y reducción de riesgos y daños en relación a los consumos de sustancias y otras situaciones críticas asociadas”. TUFRÓ, F.; CARROLI, M. Tratamiento comunitario, una experiencia de registro, sistematización, y evaluación de abordaje territorial integral. In: JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN, 13., 2018, Buenos Aires. *Anais...* Buenos Aires, ago. 2018.

em estratégias mais heterodoxas, como o trabalho envolvendo majoritariamente operadores *pares*, com ações de redução de danos em diferentes espaços, por meio de equipes móveis e parcerias com instituições educativas e culturais. O trabalho de Góngora, Salazar e Borja (capítulo 5, neste volume) examinou a operação de *Centros de Escucha* em dois contextos diferentes: o primeiro, em cenas de uso nas áreas centrais de Bogotá; e o segundo, em dois bairros (um central e outro periférico) da cidade de Cali.

Por fim, no Uruguai, Musto (capítulo 7, neste volume) conduziu pesquisa sobre o caso do *Achique de Casavalle*, projeto inicialmente conduzido por um pequeno grupo de voluntários (2008), que passou a integrar o rol de programas de proximidade com a Renadro, quando esta foi instituída, em 2016. Desde então, o *Achique* pode beneficiar-se de incentivos e apoio governamental.

Os programas de proximidade se caracterizam como opções de atenção a usuários de drogas, de baixa exigência, voltadas a melhorar a acessibilidade ao sistema de tratamento (rede mais ampla), por meio da inserção de dispositivos em contextos marcados pela vulnerabilidade social e pela presença de cenas de uso. Este é o caso de Casavalle, localizado na zona norte de Montevidéu, região com altos índices de criminalidade, onde se concentram populações com grandes desvantagens socioeconômicas. Programas de proximidade, de forma geral, visam à prevenção do consumo problemático, além da captação, diagnóstico e encaminhamento de usuários problemáticos a serviços especializados. Atuam também em favor do fortalecimento das articulações territoriais dos serviços.

O *Achique* é um serviço diurno, conduzido por uma equipe de psicólogos, assistentes sociais e referências comunitárias, que atendem pessoas em situação de vulnerabilidade (em grande parte, pessoas em situação de rua), fornecendo alimentação, espaço de sociabilidade, lavanderia, atividades recreativas e de formação (cursos, oficinas etc.), além de promoverem a articulação com diversos outros serviços (saúde, assistência social, educação, trabalho etc.) e de redes comunitárias.

Em conjunto, os cinco casos empíricos estudados permitem uma aproximação das abordagens emergentes na região da América Latina nas últimas décadas, em sua diversidade, lançando foco simultaneamente em dois eixos (que podem ser pensados de forma articulada): i) nas reformas dos serviços de saúde, no sentido da criação ou expansão da atenção ambulatorial especializada em saúde mental e dependência química (Capa e Caps AD); e ii) na criação de dispositivos de base territorial e comunitária (como os Diats, DTCs, *Centros de Escucha* e programas de proximidade, como o *Achique de Casavalle*). Importante frisar que não se pretende aqui reduzir a complexidade das ofertas presentes em cada país (a qual foi abordada na seção anterior). Até porque é possível que existam, em cada contexto nacional, experiências equivalentes e que se relacionem de forma complementar com

os casos sob análise. A tipologia aqui adotada, contudo, nos permite lançar luzes sobre as dinâmicas de operação destas novas modalidades de cuidado a usuários de substâncias psicoativas (SPA), assim como seus limites e suas potencialidades. A partir do exame das cinco experiências, destacamos, como pontos fortes, os seguintes aspectos.

- *Acessibilidade ampliada.* Os cinco casos representam esforços de ampliação do acesso ao cuidado de consumidores problemáticos de substâncias psicoativas. Esta possibilidade se torna ainda mais importante quando consideramos o histórico da região, de ofertas restritas, não somente em termos de modalidades, mas também quanto à natureza jurídica dos prestadores de serviços: na maioria dos casos, os prestadores estavam, até então, concentrados no setor privado (clínicas e hospitais). A ampliação do acesso se deu a partir de três eixos: i) universalidade, com gratuidade dos serviços, uma vez que se ampliaram as ofertas vinculadas a órgãos públicos, ou financiados pelo Estado; ii) maior atenção a segmentos vulneráveis, por meio da descentralização dos serviços ao longo dos territórios e da implantação de dispositivos em áreas carentes (seja no centro das cidades, seja nos bairros periféricos) e cenas de uso; e iii) baixa exigência das estratégias de cuidado, no que diz respeito às expectativas de adesão, a contrapartidas ou condicionalidades impostas aos usuários, com forte orientação para a redução de danos (com exceção do caso dos Capas, no México).
- *Garantia ou restituição de direitos.* As experiências analisadas indicam que as novas abordagens emergentes nesses países se orientam por uma perspectiva de garantia de direitos, em duplo registro: de um lado, porque se trata de metodologias de cuidado que respeitam direitos individuais e humanos, por meio da oferta de serviços de atenção em liberdade, prestados somente com consentimento dos usuários e seus familiares – o que se contrapõe a uma longa tradição, ainda presente na região, de tratamentos involuntários e compulsórios. De outro lado, os serviços também têm por objetivo a promoção do acesso a um conjunto de direitos (civis, políticos e sociais), muitas vezes perdidos ou retirados, em razão dos processos de vulnerabilização e exclusão social sofridos por muitos daqueles e daquelas que fazem usos problemáticos de drogas.
- *Integralidade e redes.* O conjunto dos casos estudados também adota a perspectiva da integralidade do cuidado, que visa abordar os sujeitos como um todo, isto é, em todas as suas necessidades e demandas, superando visões fragmentadas por setores assistenciais, e ofertando um cuidado além das drogas. Para tanto, a busca pela construção de redes comparece

como estratégia fundamental, seja para articular serviços de diferentes áreas (saúde, assistência social, educação, justiça etc.) e instituições (do governo, da sociedade civil e do setor privado), seja para ativar e dinamizar os laços sociais que vinculam os usuários a suas comunidades de referência.

- *Pluralidade de bases de conhecimento.* Outra marca das experiências contemporâneas aqui analisadas diz respeito à valorização de variadas bases de conhecimento sobre o uso problemático de drogas, bem como das intervenções inovadoras produzidas por elas. Esta pluralidade desloca, em alguma medida, a hegemonia anterior dos modelos médico e religioso²² no entendimento e enfrentamento dos problemas associados ao uso de drogas, e se manifesta tanto pela mobilização de profissionais com diferentes formações quanto pela articulação dos saberes profissionais com outros saberes menos institucionalizados. Em todos os casos estudados, os serviços são providos por equipes multidisciplinares, integradas por diferentes tipos de profissionais – tanto das áreas de saúde, assistência social e educação quanto das artes (visuais, música, dança etc.) –, além de outros dos campos das ciências humanas e sociais. No que tange às formas de conhecimento não profissionais, comparece nas experiências estudadas o trabalho de oficinairos, das referências comunitárias e, especialmente, o engajamento de *pares* (usuários ou ex-usuários de drogas) nos programas de redução de danos e nas intervenções em cenas de uso. Assim, destaca-se, nestas modalidades emergentes de cuidado, o empenho pela articulação de formas plurais de se entender e agir sobre a questão dos usos problemáticos de psicoativos.
- *Singularidade.* Uma das características mais definidoras das abordagens emergentes, e que contribui decisivamente para distingui-las das abordagens institucionais – hospitalocêntricas e religiosas –, é a busca pelo entendimento dos usuários e dos seus problemas com as drogas a partir do registro da singularidade.²³ As abordagens mais tradicionais têm como marca fundamental o esforço de normalização e a modelagem dos sujeitos às instituições e seus objetivos, por meio de um roteiro geral e de um modelo único de cuidado, aplicáveis a todo e qualquer indivíduo que a elas se submeta. Diferentemente, nas experiências contemporâneas aqui analisadas, os sujeitos são reconhecidos não só como portadores de direitos, mas também como sujeitos autônomos e capazes de assumir as rédeas dos seus projetos de vida. Neste sentido, cabe aos agentes do cuidado apoiar o desenvolvimento desses projetos, mobilizando os recursos

22. À exceção do México, onde mesmo as equipes multidisciplinares dos Capas são coordenadas por médicos e psiquiatras.

23. Novamente, o caso mexicano se distingue, na medida em que persistem ali as abordagens que assumem a falta de assistência às pessoas que fazem usos problemáticos de drogas.

necessários nas redes institucionais e sociais disponíveis no território dos sujeitos. Assim, por meio da articulação de saberes variados, os meios institucionais são tomados em sua plasticidade para que se moldem e sirvam ao desenvolvimento dos sujeitos, com vistas à produção de uma atenção singular:

atentar para a singularidade de cada território e desvendar os modos locais de significados atribuídos ao consumo (...) [promovendo o desenvolvimento, e não de] uma resposta unívoca e linear (...) de múltiplas respostas que atendam a complexidade do cenário social em questão. Respostas comunitárias que atuam com e a partir dos territórios vulneráveis, que são acessíveis à população que neles reside e que atuam de forma integral em todas as dimensões da vida dos sujeitos (Romero *et al.*, 2019, p. 33, tradução nossa, *apud* Corbelle, capítulo 3, neste volume).²⁴

- *Novos sentidos de efetividade.* Finalmente, podemos depreender das experiências estudadas (e dos seus modelos subjacentes) um esforço de se redefinir o sentido de *efetividade* das ações de atenção e cuidado aos usuários problemáticos de drogas. Por muito tempo, sustentou-se uma concepção de efetividade que se restringe à interrupção ou cessação total do uso de substâncias. Tal concepção está ainda fortemente presente nos contextos nacionais estudados, não apenas devido à predominância de ofertas tradicionais (baseadas nos modelos médico-institucional ou religioso), mas também por força da hegemonia dos próprios saberes que as sustentam, o que leva à resiliência das percepções e práticas tradicionais nos contextos cotidianos de implementação das novas abordagens. Isto foi observado nos casos dos Capas em San Luis Potosí, no México, assim como nas operações cotidianas dos Caps AD, no Distrito Federal, no Brasil. No primeiro caso, ainda que em seus discursos os profissionais estabelecessem como meta do tratamento a melhoria da qualidade de vida e a reinserção social dos “pacientes”, a utilização frequente de exames toxicológicos denuncia não só a importância conferida pelos Capas à abstinência, mas sua mobilização como moeda de troca para a viabilização do acesso de usuários a benefícios assistenciais concedidos no âmbito do programa de tratamento (Ospina-Escobar, capítulo 6, neste volume).

No caso brasileiro, a situação é ainda mais delicada, pois a política nacional que orientava a atuação dos Caps AD, pelo menos até 2019, era explícita

24. No original: “atender la singularidad de cada territorio y desentrañar los modos locales de significados dados al consumo (...) [fomentando el desarrollo, antes que de] una respuesta unívoca y lineal (...) de múltiples respuestas que atiendan a la complejidad del escenario social en cuestión. Respuestas comunitarias que trabajen con y desde los territorios vulnerabilizados, que resulten accesibles para la población que reside en ellos, y que trabajen de manera integral en todas las dimensiones de la vida de los sujetos”. ROMERO, C.A. et al. *Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos: una experiencia de política pública*. Buenos Aires: Sedronar, 2019.

em sua diretriz de adoção da lógica de redução de danos – o que não ocorre nos Capas mexicanos. Mesmo assim, como observaram Santos e Pires (capítulo 4, neste volume), alguns profissionais mantinham-se apegados à ideia de abstinência como meta principal e final do tratamento, encontrando formas de reintrodução da concepção hegemônica e tradicional no âmbito do novo serviço. Talvez no caso dos Caps AD, sua inserção institucional no sistema de saúde contribua para a maior adesão dos profissionais do cuidado à percepção, bastante associada ao campo biomédico, de que o uso problemático de SPA caracteriza-se como uma *doença*, cuja *cura* reside na manutenção da abstinência. Não parece à toa que, de todos os cinco casos estudados, foi somente nos Capas e no Caps AD que identificou-se que os profissionais se referem à clientela dos serviços como *pacientes*.

Mesmo diante da resiliência da concepção restrita, e ainda hegemônica, de efetividade do cuidado a usuários de SPA – segundo a qual o *sucesso* do tratamento é representado pela abstinência –, as abordagens emergentes nas últimas décadas impõem o tensionamento de tal concepção, bem como das aspirações a se alcançar um *mundo livre das drogas*.

Esse tensionamento vem sendo impulsionado pela noção de redução de danos e por metodologias orientadas para a integralidade e a territorialidade do cuidado, em bases comunitárias. A redução de danos abre possibilidades de alargamento das concepções de efetividade, na medida em que desloca o foco da substância (do seu uso e da necessidade de interrompê-lo) para o sujeito e sua qualidade de vida – sua saúde e sua inserção social. Nesta linha, o sucesso do tratamento depende menos da presença/ausência da substância na vida do sujeito, e associa-se mais aos ganhos cumulativos, advindos das melhorias das condições de vida dos usuários, nas suas diversas dimensões. Estas melhorias são compreendidas no registro da promoção da cidadania dos usuários, levando ao reconhecimento destes como sujeitos de direitos, titulares e mercedores da atenção pública.

Nos casos inspirados na metodologia do TBC, acrescenta-se ainda, como dimensão relevante de sucesso e efetividade, a ideia de inserção social via circulação socioespacial. Oportunidades de circulação por redes institucionais, comunitárias e intersubjetivas, oferecidas a sujeitos em situações de vulnerabilidade, são tidas como recursos úteis à restituição de direitos, à (re)construção de projetos pessoais e à integração social e comunitária, em âmbito coletivo. Para além dos impactos nas vidas dos sujeitos sob cuidado, a circulação socioespacial destes atores

promove transformações positivas na própria sociedade, no sentido de mitigar a estigmatização, a discriminação e os preconceitos associados aos usuários de drogas.

Exemplo notável dessas repercussões resultam da experiência do coletivo *Free Soul*, de Bogotá, narrada por Góngora, Salazar e Borja (capítulo 5, neste volume). Neste caso, a circulação socioespacial promoveu uma adaptação de dupla via, constituindo-se simultaneamente num ato estético, político e terapêutico. Os usuários transformaram os próprios espaços pelos quais passaram a circular (por exemplo, museus, exposições, escolas, eventos etc.), alterando representações sociais sobre usuários de drogas vulnerabilizados. Ao mesmo tempo, eles próprios se viam compelidos a se acomodar aos diferentes cenários e a estabelecer, ou renovar, conexões com diferentes atores.

- Além das potencialidades das novas abordagens de cuidado a usuários de drogas, os estudos empíricos também apontaram alguns desafios e limitações importantes dessas estratégias, associadas principalmente à sua implementação. Este é o foco da próxima seção.

4 PRECARIIDADES, TENSÕES E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS NOVAS MODALIDADES DE CUIDADO

Apesar dos avanços representados pelas novas modalidades de cuidado a usuários de drogas, os estudos de caso revelaram importantes desafios à sua consolidação como alternativa aos modelos hegemônicos, sobretudo no processo de sua implementação. A análise transversal dos casos empíricos indica que estes desafios se expressam em três dimensões principais: precariedades materiais, tensões relacionais e desafios de inclusão. Os elementos que integram cada uma destas dimensões indicam fatores que comprometem a realização plena das potências identificadas na seção anterior, sugerindo, assim, uma agenda de intervenções políticas práticas voltadas ao fortalecimento, ao aprimoramento e à difusão destas experiências.

4.1 Precariedades materiais

Como visto anteriormente, a partir dos anos 2000, houve clara expansão das ofertas alinhadas com as novas modalidades de cuidado e atenção, em todos os cinco países analisados. Porém, as experiências concretas estudadas em cada um deles revelaram que a escala destas ofertas ainda se encontra muito aquém das necessidades de cobertura de seu público. Nos países em que há pesquisas sistemáticas e regulares sobre prevalência de uso de drogas na população,²⁵ as lacunas de

25. Dos cinco países estudados, o Brasil se apresenta como o único caso em que não se dispõe desses dados de forma sistemática e regular.

atenção se tornam evidentes, uma vez que o público potencial excede em muito a capacidade dos serviços disponíveis. Esta limitação não decorre apenas do número restrito de serviços, programas e dispositivos existentes, mas, também, de grandes restrições ao bom desempenho destes, causadas pela precariedade material com a qual se dão as suas operações cotidianas.

Um primeiro indicativo de precariedade material se refere ao financiamento desses serviços, programas e dispositivos. Apesar de terem sido identificadas novas fontes de financiamento nos diversos países – especialmente a partir do setor público –, que se somaram às já existentes (ONGs internacionais, doação/caridade e venda de serviços no mercado privado), os estudos de caso mostraram que as experiências concretas são marcadas pelo subfinanciamento crônico e pela instabilidade das fontes de receita.

De forma geral, o acesso às modalidades de cuidado emergentes concorre, em posição de desigualdade, com as ofertas mais tradicionais do campo, dos setores privados e caritativos, ou mesmo de hospitais psiquiátricos (ou assemelhados) do setor público. No caso uruguaio, a própria conjuntura que deu origem à Renadro, envolvendo um bloqueio político das instituições de saúde pública ao atendimento a usuários problemáticos de drogas, é indicativa das dificuldades de financiamento de serviços pautados nas novas modalidades de cuidado. Criada como uma rede paralela, a Renadro opera por meio de uma governança complexa, principalmente por não dispor de recursos próprios para financiar seus programas. O financiamento da rede depende de recursos aportados por um conjunto variado de ministérios e da arrecadação de valores e bens oriundos do processamento judicial de crimes associados às drogas ilícitas.

À insuficiência dos recursos financeiros soma-se também a instabilidade do seu provisionamento. No caso de governos, ou setores de políticas públicas, em que as reformas neoliberais tiveram maiores avanços, a responsabilização do poder público pela manutenção das atividades e serviços desempenhados por organizações da sociedade civil se mostra bastante comprometida. Na Colômbia, o estudo dos *Centros de Escucha*, em Bogotá e Cali, revelou que, mesmo que sejam formalmente reconhecidos como parte importante de uma política nacional, estes dispositivos não têm financiamento garantido ao longo de todo o ano fiscal, e frequentemente o custeio de suas operações básicas fica descoberto por alguns períodos.

A instabilidade do financiamento impõe aos projetos e dispositivos a necessidade de recorrerem continuamente a alternativas criativas de financiamento. Isto foi claramente ilustrado pelo caso do coletivo *Free Soul*, de Bogotá, em que a equipe profissional do projeto teve de recorrer a premiações e editais de fomento, promovidos por museus e organismos internacionais, para viabilizar sua continuidade (Góngora, Salazar e Borja, capítulo 5, neste volume). Neste sentido, a busca

incessante por fontes de financiamento – sempre de curto prazo – passa a ser mais uma das funções da equipe implementadora, consumindo tempo e energia que ela poderia dedicar exclusivamente ao cuidado. Além de precisarem preparar projetos e participar de concorrências pelos recursos, as equipes implementadoras se veem, em muitos casos, submetidas a exigências e pressões por prestação de contas e demonstração de impactos – um conjunto oneroso de tarefas que transcendem as atividades-fim de prestação de serviços de atenção e cuidado.

O subfinanciamento e a instabilidade impõem grandes desafios à sustentabilidade dessas experiências no médio e no longo prazo. Mas, de forma ainda mais imediata, repercutem fortemente na qualidade da infraestrutura e na disponibilidade de recursos humanos dos dispositivos estudados. Em muitos dos casos estudados, foram identificadas precariedades relativas aos espaços em que funcionam os serviços e projetos. Por exemplo, o *Achique de Casavalle* (Uruguai) não conta com apoio de nenhum órgão governamental para estabelecer uma sede, e utiliza dependências de uma capela emprestada pela paróquia local. Por seu turno, o Diat JA (Argentina) utiliza espaço cedido e compartilhado por outros órgãos públicos. As instalações em que funcionam os Caps AD do Distrito Federal brasileiro, embora próprias, ou alugadas pelo governo distrital, não se encontram, na grande maioria dos casos, em conformidade com as diretrizes preconizadas em portarias do Ministério da Saúde. Em todos estes casos, a ausência de manutenção das estruturas prediais é visível, e situações como goteiras em dias de chuva, móveis e janelas quebrados, além de banheiros interditados, foram relatadas como habituais.

No que tange aos recursos humanos, chamam a atenção não apenas as equipes reduzidas, mas a precariedade dos vínculos laborais – com exceção dos Caps AD, no Distrito Federal²⁶ –, decorrente do financiamento insuficiente e instável. Por exemplo, no caso do Diat JA (Argentina), o tamanho reduzido da equipe tem comprometido a implementação de algumas ações previstas no modelo. Como relatado por Corbelle (capítulo 3, neste volume), o eixo *promoção e proteção de direitos* tem sido sistematicamente relegado a segundo plano no Diat JA. No caso dos Caps AD do Distrito Federal brasileiro, observou-se a incipiência das atividades territoriais, de acompanhamento de pacientes em situação de rua ou em domicílio. Não só as equipes são insuficientes para dar conta simultaneamente do atendimento interno e externo, como também não há veículos para o transporte de profissionais e usuários para atividades “extramuros” (Santos e Pires, capítulo 4, neste volume).

26. Embora nos Caps AD do Distrito Federal os trabalhadores mantenham contratos estáveis com o setor público, isso não constitui um padrão no resto país. Em diversas cidades, os trabalhadores dos Caps AD são contratados por meio de vínculos precários e instáveis, em geral, via intermediação de organização da sociedade civil.

O caso dos Capas (México) traz ainda outro exemplo. O estudo de Ospina-Escobar (capítulo 6, neste volume) indicou que, apesar de os documentos formais da política nacional preverem a realização de um trabalho de gestão e intervenção comunitárias a partir dos Capas, as unidades pesquisadas não dispunham de um trabalhador designado para tal função, ou mesmo de um cargo, em seu quadro funcional, a ser ocupado por algum funcionário com a responsabilidade de desempenhá-la. Assim, as funções relativas ao trabalho comunitário acabam sendo realocadas a profissionais de saúde, já assoberbados com as demandas de avaliação, atenção e acompanhamento clínico dos casos. Esta situação compromete os trabalhos de ativação e articulação das redes territoriais e comunitárias, que muitas vezes são realizados por pessoas que, embora com formação clínica, não dispõem de habilidades e ferramentas metodológicas adequadas à condução do trabalho comunitário.

Outro aspecto que merece destaque diz respeito aos vínculos empregatícios dos trabalhadores que atuam nestes serviços. Na maioria dos casos (exceção apenas aos casos dos Caps AD do Distrito Federal e dos Capas), observou-se a utilização de contratos precários, muitos deles remunerados por bolsas (*becas*), o que não favorece a dedicação exclusiva de trabalhadores a estes serviços, ao tempo em que impõe desigualdades salariais importantes entre eles. Exemplo ilustrativo destas situações encontra-se no *Achique de Casavalle* (Uruguai), onde os contratos de trabalho têm duração de três ou seis meses, e são estabelecidos por meio de ONGs, para evitar o regime de contrato típico do setor público, associado a direitos trabalhistas. Trabalhadores contratados sob essas regras atuam, muitas vezes, ao lado e nas mesmas funções que outros, detentores de cargos públicos e titulares de direitos de proteção social e trabalhista. Verificam-se ainda desigualdades salariais importantes entre trabalhadores com tarefas semelhantes, e tudo isto é percebido por eles como *injustiça flagrante*, o que promove um ambiente de trabalho tenso e inadequado ao bom desenvolvimento das atividades.

Nos casos estudados na Colômbia, situações semelhantes se somam a interrupções frequentes no pagamento dos salários, devido à instabilidade do financiamento. Isto impõe grande pressão sobre as equipes, que se veem diante da necessidade de dar continuidade aos projetos, mesmo sem receberem sua remuneração, em face do risco de que se fragilizem os vínculos construídos arduamente com os participantes dos projetos e suas comunidades.

Em suma, para que a oferta de novas modalidades de atenção e cuidado a usuários problemáticos de drogas supere a pequena escala – típicas das fases de experimentação e prototipagem –, adquira maior cobertura e realize suas potencialidades, é necessário maior investimento nas condições materiais de sua operação. Isto necessariamente envolve a expansão do financiamento e do provimento de infraestrutura e recursos humanos adequados à implementação destas novas abordagens, que têm como componente essencial o complexo esforço de produção e manutenção de redes interinstitucionais, territoriais e comunitárias.

4.2 Tensões relacionais

Para além das limitações materiais, a implementação das novas estratégias e modalidades de atenção enfrenta ainda desafios tipicamente associados à atividade de promover e manter a ação coletiva em redes de serviços. Se as articulações em rede já são desafiadoras no contexto de qualquer política pública – em especial nas situações caracterizadas pela escassez de recursos –, quando se trata da oferta de cuidado a usuários de drogas, emergem com frequência problemas, tensões e dissonâncias específicas entre serviços, instituições e atores comunitários. A seguir, abordamos os desafios inerentes a este tipo de política, tal como observados nos casos estudados.

Considerando que os serviços e dispositivos representativos dessas novas modalidades de cuidado a usuários de drogas devem ser estrategicamente localizados em comunidades e territórios com maiores vulnerabilidades, a fragilidade socioeconômica das populações atendidas soma-se às demais precariedades materiais já aludidas, impondo desafios redobrados ao trabalho destes dispositivos. Estas condições foram observadas em todos os casos estudados, mas o *Achique de Casavalle* (Uruguai) e os Capas, em San Luis Potosí (México), ilustram, com muita nitidez, diferentes manifestações deste fenômeno.

No início de suas operações, o *Achique* atendia principalmente a uma população jovem, residente no território e dotada de algum vínculo (ainda que prejudicado) com suas famílias, com instituições de educação e de saúde e com o mundo do trabalho. Musto (capítulo 7, neste volume) destaca, contudo, que houve, no período recente, uma precarização ainda maior das condições socioeconômicas do público usuário do serviço, que passou a ser constituído por pessoas em situação de rua, várias delas recém-egressas do sistema prisional. Por conta destas condições, este público experimenta limitações ainda mais severas em suas possibilidades de articulação e inserção comunitárias, além de enfrentarem dificuldades para cumprir os acordos estabelecidos com vistas à sua participação nas atividades ofertadas – como encontros grupais periódicos, oficinas e outras atividades coletivas. Estas dificuldades derivam de questões materiais e emocionais complexas, inerentes às condições a que estão expostos (Musto, capítulo 7, neste volume). Não obstante, para muitos destes sujeitos, o *Achique* constitui-se na instituição mais central em suas vidas.

No caso dos Capas, a política pública que devem implementar lhes atribui responsabilidades de formação de *Coaliciones Comunitarias Contra las Adicciones*, as quais têm por objetivo propiciar a participação e o envolvimento das comunidades locais, de modo que seus membros atuem proativamente na identificação e resolução de problemas comunitários. Não obstante, o estudo de Ospina-Escobar (capítulo 6, neste volume) mostra que, dos sete Capas em operação em San Luis Potosí, apenas três contavam com coalizões ativas no momento da pesquisa.

Segundo a autora, os funcionários dos Caps identificaram, como obstáculos à efetivação destas coalizões, a precariedade socioeconômica vivida pelos membros das comunidades e a ausência de condições mínimas de segurança nas localidades, além da precariedade material do próprio serviço. Considerando que a intervenção dos Caps sobre estes fatores é restrita, as condições para formação e boa operação de tais coalizões comunitárias tornam-se muito adversas. Assim, tanto no caso do *Achique de Casavalle* como no dos Caps de San Luís Potosí, as condições de precariedade socioeconômica do público e dos territórios atendidos – ao lado da pouca ação dos poderes públicos para mitigá-las – afetam negativamente as expectativas e possibilidades de envolvimento, participação e coprodução dos serviços.

A questão da violência e/ou ausência de segurança nos territórios também comparece como desafio a ser enfrentado pelos serviços, uma vez que dinâmicas conflituosas, originadas em outros contextos, podem vir penetrar no espaço institucional e comprometer seu desempenho. É o caso das oficinas conduzidas no DTC Barrio Ceibo (Argentina), observadas por Corbelle (capítulo 3, neste volume), em que disputas entre facções inimigas e até brigas de família se reproduziam no interior do dispositivo, criando perturbações ao seu funcionamento.²⁷

De modo geral, o estabelecimento de parcerias em contextos territoriais marcados por violências pode implicar a necessidade de escolha entre potenciais parceiros, uma vez que a abertura de canais com alguns atores pode inviabilizar interações com outros. Em tais contextos, é comum que o acesso a certos espaços comunitários seja interdito, assim como a livre circulação de pessoas pelas ruas. Em comunidades com forte presença do tráfico de drogas e de atores armados, por exemplo, a construção de redes e a elaboração de mapas, diagnósticos, bem como a identificação de pessoas e locais de risco – elementos essenciais ao TBC – ficam bastante prejudicados. Por seu turno, cumpre reconhecer que comunidades também são compostas por pessoas e organizações ligadas a grupos vinculados ao tráfico de drogas, dos quais recebem benefícios diretos e indiretos, que acabam por não terem nenhum interesse no confronto com eles. Nestas situações, os dispositivos de tratamento de base comunitária podem se ver condicionados a proverem respostas parciais e a reproduzirem, em alguma extensão e por algum tempo, as lógicas dos conflitos locais e das formas de exclusão pré-existentes nos territórios (Corbelle, capítulo 3, neste volume; Góngora, Salazar e Borja, capítulo 5, neste volume).

Por fim, um último tipo de tensão relacional observada em diversos dos casos estudados diz respeito a divergências entre parceiros de uma mesma rede territorial e às tensões que emergem de conflitos derivados de seus distintos modos de conceber e ofertar o cuidado a usuários de drogas. As relações entre os Caps AD e as CTs, no contexto do Distrito Federal do Brasil, talvez sejam o exemplo mais contundente deste fenômeno.

27. Caso semelhante no Caps AD no Rio de Janeiro. Para mais detalhes, ver Worcman e Morganti (2019).

Como discutido por Santos e Pires (capítulo 4, neste volume), as interações entre estes dois tipos de instituição são frequentes no Distrito Federal brasileiro, e caracterizadas por dependência mútua, configurando uma verdadeira parceria. No entanto, fortes tensões e atritos são muito comuns nestas interações, dado que as concepções e as abordagens sobre consumos problemáticos de drogas de cada parte são bastante diferentes. Enquanto a metodologia dos Caps AD orienta-se pela lógica da redução de danos, as CTs realizam tratamento por meio de internações de média e longa permanência, orientado exclusivamente para a promoção da abstinência e, em muitos casos, com base religiosa. Neste sentido, propusemos a noção de “antagonismo cooperativo” para descrever a situação e explorar os prejuízos dela derivados para a atenção e acompanhamento dos usuários, em termos da perda ou enfraquecimento de vínculos causados pelas contradições entre as abordagens (Santos e Pires, capítulo 4, neste volume).

Esse mesmo tipo de tensão também foi observado nos casos estudados na Argentina, em que os Diat e DTC precisam se articular com outras instituições e iniciativas, cujo modelo de atenção está centrado na abstinência – como as CAACs e seus *curas villeros* (Corbelle, capítulo 3, neste volume). O estudo dos Diats e DTCs abordou ainda outra forma de manifestação das dissonâncias entre parceiros, que se dão em torno da abordagem de casos de violência doméstica. A autora observou que médicos do hospital local tendem, com frequência, a se omitir, ou a se recusar a reportar estes casos às autoridades policiais e judiciais. Além disso, padres atuantes na comunidade costumam desincentivar as vítimas de violência (em geral, mulheres) a fazerem denúncias das agressões sofridas, visando a supostas preservação da unidade familiar e prevenção contra retaliações. Estas situações envolvendo atores que, a princípio, se colocam como parceiros dificultam o trabalho dos Diats e DTCs, de acompanhamento dos casos, promoção do acesso a serviços e restituição de direitos às vítimas de violência.

As divergências discutidas acima somam-se a situações de sistemática recusa dos demais serviços de saúde a acolherem usuários encaminhados pelos serviços especializados em álcool e outras drogas. A resistência e a discriminação com relação aos usuários destes serviços, expressas por organizações e profissionais dos serviços não especializados, foram apontadas em praticamente todos os casos estudados. Nos cinco estudos, há relatos de que os serviços de saúde não recebem, ou tratam mal e humilham usuários de drogas que lhes são encaminhados. Esta recorrência ressalta, de um lado, a importância e os ganhos advindos da criação dos serviços de atenção especializada; mas, de outro, relembra os desafios enfrentados para o efetivo estabelecimento de redes de serviços entre diferentes setores de políticas públicas e seus agentes. As dissonâncias cognitivas, e até morais, entre estes agentes favorecem a formação de circuitos limitados aos serviços especializados, prejudicando os objetivos de circulação socioespacial dos programas de base territorial e encerrando seus usuários, mais uma vez, em circuitos marginais.

4.3 Desafios de inclusão

Além da precariedade material e das tensões relacionais, outro tipo de desafio que caracteriza a operação dos serviços e iniciativas associados às abordagens emergentes é a efetivação da inclusão social da população atendida, em especial dos segmentos historicamente desfavorecidos. Mesmo que estas novas abordagens se voltem à ampliação do acesso ao cuidado – a partir de suas diretrizes de gratuidade, descentralização, territorialização, baixa exigência, incorporação de pares etc., discutidas anteriormente como potencialidades destas abordagens –, a análise das operações cotidianas destas experiências apontou limites, brechas de atenção e riscos de exclusão, que precisam ser enfrentados, para que a ampliação do acesso dos segmentos vulnerabilizados se efetive.

Muitas das experiências analisadas estão situadas em territórios e comunidades vulneráveis, o que facilita o acesso por parte da população ali residente. Porém, para além da localização, a acessibilidade dos serviços também é afetada pelos horários de funcionamento e atendimento. Entre os serviços estudados, vários deles não funcionam todos os dias da semana (por exemplo, o DTC Barrio Ceibo opera apenas três vezes por semana), ou têm horário de funcionamento restrito ao período diurno (*Achique Casavalle*, Capa, alguns Caps AD e o Diat JA. Este último funciona apenas de 9h as 14h). Estas restrições dificultam a participação das pessoas que trabalham fora do território durante o dia. Horários de atendimento mais extensos ou flexíveis foram encontrados apenas nos *Centros de Escucha* e nas unidades de Caps AD 24h (que realizam acolhimento noturno).

Nessa linha, cabe refletir ainda sobre os trabalhos extramuros, na rua ou no território, desenvolvidos por estes dispositivos. É razoável supor que as pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social tenham dificuldades para buscar os serviços com suas próprias pernas, ainda que estes estejam localizados proximamente. Tais pessoas tendem a manter relações ambíguas com as instituições estatais, que a elas se apresentam mais frequentemente por meio de seus aparatos repressivos do que de suas políticas assistenciais, levando a resistências e desconfiança. Assim, os serviços acabam restringindo sua atenção a usuários que chegam às suas instalações, deixando de atender a parcelas do seu público-alvo, que não alcançam esses equipamentos. Neste sentido, estratégias como busca ativa, incorporação de *pares*, parcerias com organizações que atendem nas ruas, ou em cenas de uso, são fundamentais à ampliação do acesso ao cuidado.

Por fim, outro risco de reprodução de exclusões já existentes diz respeito à relação dos serviços e dispositivos com mulheres e outros gêneros. Em todos os países estudados, são poucas as ofertas de atenção focalizadas nestes grupos. Algumas atividades e grupos terapêuticos específicos foram identificados (casos dos Caps AD e do Diat JA) para mulheres, homossexuais ou transgêneros. Porém, de forma

geral, verifica-se que os serviços e dispositivos estudados atendem a um público esmagadoramente masculino, o que aponta para a necessidade de investigações sobre possíveis barreiras de acesso aos demais gêneros.

Ainda que haja diferenças de prevalência do uso de SPA em função de sexo e gênero, os estudos aqui compilados revelam resultados interessantes de iniciativas de alguns serviços, no sentido de buscar a ampliação do acesso do público feminino. As experiências de um dos DTC, na Argentina, e dos *Centros de Escucha*, na Colômbia, conseguiram elevar substantivamente o atendimento de mulheres, em função da ênfase que depositam nos trabalhos na rua e de aproximação, além do envolvimento de pares.

De outro lado, observamos também casos em que, dadas as restrições e os desafios já discutidos aqui, optou-se por uma exclusão explícita das mulheres no acesso ao cuidado – casos dos Capas (México) e do *Achique de Casavalle* (Uruguai). Nesta última experiência, após iniciar suas operações, atendendo a todos os residentes do bairro, sem distinção de sexo ou gênero, a equipe se viu forçada a limitar o atendimento aos homens. A pouca disponibilidade de espaço físico e a baixa capacidade operacional levaram a conflitos de convivência inesperados. A ausência de espaços privativos e a presença de crianças acompanhando suas mães provocaram tensões e introduziram novos riscos no dispositivo. Diante destas dificuldades e levando em conta que a população masculina demanda aqueles serviços com maior frequência, a equipe decidiu encerrar o atendimento a mulheres. Embora esta medida possa ter sido necessária para lidar com condições bastante adversas, ela reproduz a desatenção ao público feminino e os estereótipos de gênero, que definem a mulher principalmente como cuidadora, e não destinatária do cuidado (Musto, capítulo 7, neste volume).

Ainda que muitos dos desafios de inclusão discutidos tenham por base as limitações impostas pela precariedade material, é de extrema importância ter em mente seus efeitos potenciais de acumulação de desvantagens e reprodução de desigualdades já existentes. Isto é, mais do que simples acomodações a um contexto de escassez de recursos, a precariedade institucional (dos serviços e dispositivos) pode representar elemento importante de manutenção da precariedade social, e transformar potencialidades de inclusão em mecanismos de reforço à exclusão (Sandim, 2018; Spink, 2019).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os capítulos deste livro evidenciam que está em curso, em diversos países latino-americanos, uma mudança no panorama institucional das ofertas de atenção a usuários problemáticos de drogas. Essa mudança se expressa na complexificação dos arranjos assistenciais, aos quais agregaram-se novos atores; mas, principalmente, pela

experimentação de novas modalidades de atenção, que, além do horizonte cerrado da abstinência, abrem outras possibilidades de cuidado – as quais admitem formas de relacionamentos não problemáticos dos sujeitos com as drogas, que privilegiam a singularidade de cada um deles e promovem um cuidado integral. Os estudos conduzidos em Argentina, Brasil, Colômbia, México e Uruguai demonstram esta tendência, mas apontam também para a timidez das mudanças operadas, bem como para a resiliência das modalidades tradicionais de cuidado, que se justapõem às novas, com as quais desenvolvem relações a um tempo cooperativas e conflitivas.

A cooperação se expressa no nível macro, por meio de medidas de articulação das políticas nacionais, bem como de sistemas, redes e esquemas de financiamento e regulação, adotados por governos nacionais. Mesmo com contornos específicos, todos os países aqui analisados têm notoriamente empenhado esforços no sentido de promover estas macroarticulações. No nível micro, as conexões formam redes de instituições localizadas nos territórios, que oferecem serviços públicos, acesso a direitos e a novas oportunidades, além de (re)inserção comunitária.

Por outro lado, a dimensão do conflito se manifesta pelas tensões relacionais, que emergem das próprias iniciativas de articulação dessas redes, agravadas pela precariedade material dos serviços e pela dissonância entre as concepções e as metodologias de trabalho dos diferentes parceiros. Tais tensões não apenas tornam os esforços de produção e manutenção de redes ainda mais hercúleo, mas também introduzem riscos de desatenção e exclusão dos segmentos que já vivem em condições de maior vulnerabilidade.

As abordagens emergentes e seus princípios norteadores – universalidade do acesso, integralidade, intersetorialidade, baixa exigência, participação social e comunitária – demonstram a possibilidade de mudanças paradigmáticas, muito necessárias no campo das políticas públicas de atenção e cuidado aos usuários problemáticos de drogas. As experiências em curso apresentam potencial inegável de renovação da forma como o consumo de SPA é problematizado nas sociedades contemporâneas. Porém, para além dos avanços em direções profícuas, são necessários maiores investimentos dos estados e das sociedades, tendo em vista a consolidação destas transformações. Os capítulos desta publicação deixam claro que é preciso alargarem-se as condições de possibilidade das experiências em curso, por meio da superação da precariedade material, do processamento das tensões relacionais e da radicalização da inclusão social dos segmentos tradicionalmente vulnerabilizados.

As respostas a esses desafios, para além das condições macro, forjam-se, como posto por Góngora, Salazar e Borja (capítulo 5, neste volume) no *estando ahí*: nos programas assistenciais, serviços e dispositivos que cotidianamente promovem relações afetivas, de intercâmbio, de confiança e apoio, que permitem reconstruir segurança em meio a insegurança, criatividade em meio à escassez e resiliência em meio a riscos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <<https://bit.ly/3oYSq8M>>.

_____. Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2Wrnd1D>>.

CONSULTÓRIO de rua: origem e trajetória. **CETAD Observa**, [s.d.]. Disponível em: <<https://bit.ly/3r2909E>>.

FERGUSON, S.; GÓNGORA, A. La relación entre personas y drogas y los dispositivos de inclusión social basados en la comunidad: críticas y perspectivas desde América Latina. CONFERENCIA ANUAL DEL COPOLAD, 2., Bruselas, 2012. **Anais...** Bruselas, 2012.

MACHÍN, J. Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. **Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales**, v. 18, n. 12, jun. 2010. <<https://bit.ly/3h0IKYq>>.

MACHÍN, J. Principales abordajes al tema de drogas. *In*: MACHIN, J.; MENDOZA, A. **Meta-Modelo Eco2** – apuntes sobre prevención, reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Ciudad de México: Cafac, 2015.

MILANESE, E. **Tratamento cumitário**: manual de trabalho I. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas de Drogas; Instituto Empodera, 2012.

_____. **Tratamento cumitário**: manual de trabalho I. Brasília: Associação de Formação; Reeducação Lua Nova, 2016.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F. (Org.). **Guia do Projeto Consultório de Rua**. Brasília; Salvador: Senad; Cetad, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2J3ukdN>>.

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

PETUCO, D. **O Pomo da discórdia? Drogas, saúde e poder**. Curitiba: CRV, 2019.

SANDIM, T. **Da vulnerabilidade social para a vulnerabilidade institucional**: uma análise da Política Nacional de Assistência Social e de suas práticas em Belo Horizonte e São Paulo. 2018. Tese (Doutorado) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2018.

SPINK, P. Urban vulnerability from the other side of the street. *In*: INTERPRETIVE POLICY ANALYSIS CONFERENCE, 12., 2017, Leicester. **Anais...** Leicester, Jul. 2017.

WORCMAN, N.; MORGANTI, R. O proibicionismo introjetado. *In*: PIRES, R. (Org.) **Implementando desigualdades**. Brasília: Ipea, 2019.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

COLOMBIA. Ley nº 1566 de 31 de julio de 2012. Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidade comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias” psicoactivas. Colombia: Congreso de Colombia, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2LpPZxT>>.

MACHÍN, J. **Redes sociales e incidencia en política pública**: estudio comparativo México-Colombia. México: Cafac, 2011.

APÊNDICE A

QUADRO A.1
Políticas e programas de atenção a usuários de drogas – Argentina

Argentina				
Programa/política	Nível de implementação	Atores	Principais fontes de financiamento	Descrição
Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar)/ Centro de Consultas y Orientación (Cedecor)	Nacional	Sedronar	Público	Serviços especializados de escuta, atenção ambulatorial e encaminhamentos pela rede de atenção.
Sedronar/Dispositivos Integrales de Atención Territorial (Diat)	Nacional/territorial	Sedronar em cogestão com governos provinciais, municipais ou organizações da sociedade civil (OSC)	Público (Sedronar/ governos provinciais ou municipais) e misto (Sedronar/OSC)	Dispositivos de atenção integral territorial.
Sedronar/Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC)	Nacional/territorial	Sedronar/OSC	Misto (Sedronar/OSC)	Dispositivos de abordagem comunitária para população com alta vulnerabilidade social.
Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC)	Nacional/territorial	Sedronar/OSC	Misto (Sedronar/OSC)	Atenção especializada com características não homogêneas para populações em situações de alta vulnerabilidade social sem acesso aos outros dispositivos.
Hospital Nacional em Rede Especializado em Saúde Mental e Adições "Lic. Laura Bonaparte"	Nacional	Ministério da Saúde	Público	Serviços ambulatoriais e de internação breve (desintoxicação) e prolongada.
Hospitais especializados em Saúde Mental	Provincial/municipal	Saúde	Público	Atenção ambulatorial, internação breve (desintoxicação) e prolongada para pessoas com comorbidade psiquiátrica.
Centros de Saúde Mental	Provincial/municipal	Saúde	Público	Atenção ambulatorial.
Hospitais Gerais	Provincial/municipal	Saúde	Público	Serviços de saúde mental e toxicologia com atenção ambulatorial e, em alguns casos, internação breve (desintoxicação).
Centros de atención primaria para a saúde (Centros de Atención Psicossocial – Caps, Centros de Salud y Acción Comunitaria – CeSAC etc.)	Provincial/municipal	Área programática de hospitais gerais	Público	Assistência ambulatorial (consultório externo, encaminhamentos).

(Continua)

(Continuação)

Argentina				
Programa/política	Nível de implementação	Atores	Principais fontes de financiamento	Descrição
Centros de atenção ambulatorial (Centro de Especialidades Médicas de Referencia – Cemar, La Otra Base de Encuentro – Lobe etc.)	Provincial/municipal	Área programática de hospitais gerais	Público	Atenção ambulatorial especializada (consultório externo, hospital dia).
Centros de intervenção ou integração comunitária (Centros de Intervención Asistencial Comunitaria – Ciac, Centros de Integración Comunitaria – CIC etc.)	Provincial/municipal	Desenvolvimento Social	Público	Atenção ambulatorial.
Centros especializados em adições (Centros de Asistencia Social en Adicciones – Casas, Centros de Prevención de las Adicciones – CPA, dispositivos em unidades penitenciárias etc.)	Provincial/municipal	Saúde ou Desenvolvimento Social	Público	Assistência ambulatorial especializada.
Comunidades terapêuticas	-	OSC	Misto (bolsas Sedronar e outras) e privado (particulares, obras sociais e serviços de medicina pré-paga)	Interação prolongada e, em alguns casos, assistência ambulatorial (hospital dia/noite).
Programas de redução de danos	-	OSC	Privado, doações.	Projetos de redução de danos (campanhas, treinamentos, <i>workshops</i> etc.).
Profissionais especializados	-	Setor privado	Privado (particulares, obras sociais e serviços de medicina pré-paga)	Consultório externo.
Centros e clínicas polivalentes e especializadas em saúde mental	-	Setor privado	Privado (particulares, obras sociais e serviços de medicina pré-paga)	Serviços ambulatoriais, internação breve (desintoxicação) e prolongada.
Grupos de autoajuda (narcóticos anônimos – NA, alcoólatras anônimos – AA etc.)	-	Paróquias locais	-	Grupos de autoajuda.

Elaboração dos autores.

QUADRO A.2

Políticas e programas de atenção a usuários de drogas – Brasil

Brasil				
Programa/política	Nível de implementação	Atores	Principais fontes de financiamento	Descrição
Redes de Atenção Psicossocial (Raps)/ Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (Caps AD)	Municipal/territorial	Ministério da Saúde/ secretarias estaduais e municipais de saúde	Público	Serviços especializados de atenção psicossocial, de base comunitária e ambulatorial, orientados pela lógica da redução de danos
Raps/Caps AD III	Nacional/territorial	Ministério da Saúde/ secretarias estaduais e municipais de saúde	Público	Serviços especializados de atenção psicossocial, de base comunitária, orientados pela lógica da redução de danos para acolhimento por 24h, por até quinze dias
Raps (outros)	Nacional/territorial	Ministério da Saúde/ secretarias estaduais e municipais de saúde (hospitais gerais, hospitais psiquiátricos públicos, unidades de atenção básica, atenção especializada em saúde, unidades de acolhimento etc.)	Público	Serviços básicos e especializados de atenção à saúde.
Comunidades terapêuticas	Nacional/territorial	Ministério da Cidadania (Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – Senapred)/estados/ municípios	Público (Senapred/ governos estaduais e municipais)/privado (comunidades terapêuticas e outros)	Serviços de atenção residencial, por até doze meses, baseado em laborterapia e promoção de disciplina e espiritualidade.
Hospitais psiquiátricos e clínicas	Territorial	Serviços privados de saúde	Privado	Serviços médicos de atenção especializada.
Organizações religiosas	Territorial	Sacerdotes e membros de congregações religiosas	Privado	Grupos de escuta, apoio e ajuda mútua, não residenciais, de base religiosa.
Irmandades anônimas	Territorial	Alcoólicos Anônimos – AA/Narcóticos Anônimos – NA/Grupos Familiares AL-Anon (grupos de familiares e amigos)	Privado	Grupos de ajuda mútua não residenciais.

Elaboração dos autores.

QUADRO A.3
Políticas e programas de atenção a usuários de drogas – Colômbia

Colômbia				
Programa/política	Nível	Atores	Principais fontes de financiamento	Descrição
Tratamento de base comunitária (Viviendo)	Nacional/territorial	OSC/Secretariado Nacional de Pastoral Social (SNPS)/Igreja Católica/Caritas Colômbia	Não tem orçamento fixo Cooperação Internacional	Atenção segundo a lógica de redução de danos e do modelo da epistemologia da comunidade/ética comunitária (ECO2). Ações de assistência básica e inclusão social.
Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISS) en Colombia	Nacional/territorial	Rede de organizações não governamentais	Não tem orçamento fixo Cooperação Internacional	Tratamento de base comunitária.
Échele Cabeza	Bogotá	Ação técnica social – ATS/Prefeitura de Bogotá	-	Projeto de redução de danos.
Plano de intervenções coletivas	Nacional/territorial	Municípios e Estado	Secretarias de saúde municipais/seguradoras públicas e privadas (EPS)	Estratégias de mitigação e prevenção do uso de drogas.
Centros de escuta	Territorial	Sociedade civil/comunidades locais/governos locais	Não tem orçamento fixo; cooperação internacional	Ações de mitigação e inclusão social baseadas no modelo de tratamento comunitário. Escuta de usuários.
Zonas de orientação universitária	Territorial	Sociedade Civil e comunidades locais	Universidades	Ações de mitigação e inclusão social baseadas no modelo de tratamento comunitário. Escuta de usuários em ambiente escolar.
Zonas de orientação escolar	Territorial	Sociedade Civil e comunidades locais	Não tem orçamento fixo; governos locais e secretarias de saúde municipais	Ações de mitigação e inclusão social baseadas no modelo de tratamento comunitário. Escuta de usuários em ambiente escolar.
Zonas de orientação laboral	Territorial	Sociedade Civil e comunidades locais	Não tem orçamento fixo; governos locais e secretarias de saúde municipais	Ações de mitigação e inclusão social baseadas no modelo de tratamento comunitário. Escuta de usuários em ambiente de trabalho.
Centros de escuta penitenciária	Territorial	Sociedade Civil e comunidades locais	Não tem orçamento fixo; governos locais e diretivas dos centros penitenciários	Ações de mitigação e inclusão social baseadas no modelo de tratamento comunitário. Escuta de usuários em prisões.

Elaboração dos autores.

QUADRO A.4
Políticas e programas de atenção a usuários de drogas – México

México				
Programa/ Política	Nível	Atores	Principais fontes de financiamento	Descrição
Centros de Atenção Primária das Adições (Capa)	Estadual/territorial	Conselhos Estaduais Contra as Adições	Público estadual e federal	Serviços ambulatoriais especializados baseados na terapia breve para jovens em situação de risco psicossocial, usuários experimentais, frequentes e problemáticos que são encaminhados para outros serviços dependendo das demandas.
Consejos Municipales Contra las Adicciones (Comcas)	Territorial	Instituições públicas locais	Público estadual	Coordenação interinstitucional para a prevenção de uso de drogas.
Centros de Integração Juvenil (CIJ)	Nacional/estadual	Secretaria de saúde	Público federal	Plano de intervenção primária; consulta externa básica; consulta externa intensiva; e serviços de internação especializado.
Hospitais de saúde mental	Estatal	Secretaria de saúde	Público estadual e federal	Para casos de síndrome de abstinência e em casos de comorbidades psiquiátricas.
Grupos de autoajuda (NA, AA)	Territorial	Sociedade civil	Doações	Serviços ambulatoriais e de internação baseados no programa de doze passos.
Serviços da OSC	Territorial	Sociedade civil	Apoio internacional	Grupos que realizam intervenções de redução de danos para populações com alta vulnerabilidade social.
RAISS México	Territorial	Sociedade civil	Apoio internacional	Grupos que realizam intervenções de redução de danos para populações com alta vulnerabilidade social.
Profissionais especializados	-	Privados	Pagamento pela prestação de serviços	Serviços ambulatoriais com especialistas de atenção aos usuários problemáticos de SPAs.
Serviços de atenção residencial privados	-	Privados	Pagamento pela prestação de serviços	Serviços de internação especializados com atenção multidisciplinar.
Serviços de atenção residencial públicos	Estatal	Conselhos estatais contra as adições	Estatal	Serviços de internação especializados com atenção multidisciplinar.

Elaboração dos autores.

QUADRO A.5
Políticas e programas de atenção a usuários de drogas – Uruguai

Uruguai				
Programa/política	Nível	Atores	Principais fontes de financiamento	Descrição
Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	Nacional	Mutualistas privadas/ Ministério da Saúde Pública	Fondo Nacional de Salud (Fonasa)	Assistência ambulatorial.
Renadro	Nacional	Junta Nacional de Drogas/Ministério da Saúde Pública/ Instituto da Criança e do Adolescente do Uruguai/Administração de Saúde do Estado/ Corporação Nacional para o Desenvolvimento	Fundo Fiduciário Renadro	Rede pública assistencial para receber casos de intoxicação aguda e uso abusivo de drogas.
Portal Amarillo	Nacional	Secretaria Nacional de Drogas (SND)	Fundo Fiduciário Renadro	Centro público residencial especializado em uso abusivo de drogas.
CasAbierta	Nacional	SND	Fundo Fiduciário Renadro	Centro público residencial especializado em uso abusivo de drogas.
Jagüel	Nacional	SND	Fundo Fiduciário Renadro	Centro público residencial especializado em uso abusivo de drogas.
Chanaes	Nacional	SND	Fundo Fiduciário Renadro	Serviço de internação prolongada.
Dispositivos ciudadela	Nacional/territorial	SND – Sociedad civil	Fundo Fiduciário Renadro	Centros ambulatoriais para informação, assessoria, diagnóstico e encaminhamentos.
Grupos T	Territorial	SND – Sociedad civil	Fundo Fiduciário Renadro	Ambulatórios especializados na atenção de populações vulneráveis de usuários problemáticos de SPAs.
El Achique	Territorial	SND – Sociedad civil	Fundo Fiduciário Renadro	Tratamento para populações em desvantagens socioeconômicas.
Unidade de Assistência Móvel (UMA)	Municipal	SND – Sociedad civil	Fundo Fiduciário Renadro	Modelo do consultório de rua.
Aleros	Municipal	SND – Sociedad civil	Fundo Fiduciário Renadro	Intervenções de perspectiva territorial para a prevenção do uso de SPAs e fortalecimento de redes.

Elaboração dos autores.

