

ARTICULANDO A VISÃO SISTÊMICA COM OS CONCEITOS FUNDAMENTAIS DA POLÍTICA ATUAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

ARTICULATING THE SYSTEMIC VIEW WITH THE BASIC CONCEPTS OF THE CURRENT POLICY FOR ALCOHOL AND OTHER DRUGS

RESUMO: Este artigo teórico tem como objetivo discutir possíveis articulações entre a abordagem sistêmica e os conceitos fundamentais da Política Nacional para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde. Apresenta a visão sistêmica e a referida política com seus dispositivos de atendimento que privilegia o sujeito singular e a importância das relações em sua constituição, apontando para os pontos de convergência entre elas. Discute conceitos de clínica ampliada, equipe de referência, rede intersetorial e intervenção em rede que ampliam a compreensão do problema, não culpabilizando o indivíduo e passando a contemplar as relações.

PALAVRAS-CHAVE: Visão sistêmica, clínica ampliada, equipe de referência e rede.

ABSTRACT: This theoretical article aims to discuss possible links between the systemic approach and the fundamental concepts of the National Policy for attention to the users of alcohol and other drugs, from the Ministry of Health of Brazil. It presents a systemic view and the policy with their care devices that focus on singular subject and the importance of relations in its constitution, indicating the points of convergence between them. Discusses integrated care, reference staff, cross-sector network and network intervention that enhance the understanding of the problem, not blaming the individual and passing to contemplate relations.

KEYWORDS: Systemic vision, extended clinic, reference staff and network.

O uso de álcool e outras drogas na perspectiva da abordagem sistêmica pressupõe a compreensão do sujeito como um ser “em relação” com seu contexto familiar, social, comunitário e econômico. A política pública atual do Ministério da Saúde sobre álcool e outras drogas, lançada em 2003, por sua vez, preconiza a criação de uma rede de serviços atuando de forma articulada, portanto, um olhar abrangente voltado para o contexto e a relação entre os diferentes serviços. Neste artigo, pretende-se discutir as convergências entre a citada política e a abordagem sistêmica, compreendendo que ambas contribuem para uma visão mais ampla e humanizada do usuário de álcool e outras drogas, focalizando na sua rede de relações. Com relação à citada política, serão privilegiados os conceitos de clínica ampliada, equipe de referência, intersetorialidade e articulação em rede, que são fundamentais na atual política, buscando relacioná-los com os fundamentos da teoria sistêmica.

A busca pela aproximação entre a abordagem sistêmica e a atual política vem ao encontro da preocupação das autoras, atuantes na área de saúde mental e terapia familiar sobre a necessidade de ampliação da compreensão do sujeito usuário de álcool e outras drogas para além da responsabilização pessoal, incluindo o seu contexto.

GLACY DAIANE B. CALASSA

Psicóloga, pedagoga, terapeuta cognitiva, especialista em educação para diversidade e cidadania, Mestre em psicologia pela Universidade Católica de Brasília. Psicóloga na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, atuando em um CAPS AD II.

MARIA APARECIDA PENSO

Psicóloga, terapeuta conjugal e familiar, psicodramatista. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora do Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica de Brasília.

Recebido em: 31/03/2015
Aprovado em: 11/12/2015

VISÃO SISTÊMICA SOBRE O USO DE DROGAS

A compreensão e a implantação do modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas proposto na política atual requerem a utilização de um pensamento teórico e de metodologias que não focalizem somente a doença, mas que consigam perceber a complexidade do ser humano e de suas relações.

Para a teoria sistêmica, os problemas decorrentes do uso de drogas precisam ser compreendidos a partir do reconhecimento de que as diferentes faces deste problema não são uma soma de fatores, mas uma interação de diferentes formas e combinações. Assim, leva-se em consideração a trilogia homem-droga-contexto e valoriza-se a ideia da complexidade (Sudbrack, 2014a). Não se baseia em encontrar vítimas ou algozes, causa ou efeito, mas em compreender de forma circular as relações entre todas as pessoas envolvidas. A droga não é mais vista como um grande mal em si mesma e sim como parte de um processo relacional e dessa forma, valoriza-se o sujeito como o agente capaz de transformar sua história (Penso, 2001; Sudbrack, 2014a). O uso de drogas é compreendido como tendo dois papéis distintos: ao mesmo tempo em que favorece a manutenção e equilíbrio no sistema, indica que algo deve mudar, pois está disfuncional. Essa dinâmica entre transformação e equilíbrio os torna fatores únicos e complementares (Conceição & Oliveira, 2008; Penso & Sudbrack, 2004a).

Pensar sobre o uso e/ou abuso de álcool e outras drogas na perspectiva da teoria sistêmica é privilegiar a construção de significados em conjunto com todos os atores envolvidos na situação. Neste sentido, o uso de drogas deve ser analisado contemplando as relações que o sujeito estabelece com seu

contexto, compreendendo a problemática como relacional. Isto significa dizer que a droga em si mesma não é o grande vilão, não tem vida própria e não toma as decisões *a priori*. Ela se constitui enquanto problema a partir do momento em que encontra com uma personalidade peculiar e com um momento sociocultural específico. Portanto, é preciso considerar a história de vida do indivíduo, como ele se relaciona com seus pares, com as pessoas com as quais conviveu e convive até hoje, qual a fase do ciclo de vida em que a família se encontra, qual é a sua rede social. Em resumo, numa perspectiva sistêmica, o uso abusivo de álcool e outras drogas aponta um questionamento para além da pessoa do usuário e se estende para uma reflexão relacional, junto a todas as pessoas envolvidas e aos significados atribuídos no contexto relacional que promove ressonância nos sistemas ampliados (Baumgarten & Tatsch, 2009; Cruz & Roldão, 2011; Pereira & Sudbrack, 2008; Sudbrack, 2014b).

Dentro dessa perspectiva, o uso abusivo de álcool e outras drogas é visto como sintoma e não como doença. Ele é a voz que denuncia à família, aos profissionais e à sociedade as dificuldades do sistema familiar e social em lidar com suas diferenças. Deste modo, além dos aspectos de busca de prazer e alívio das dores (físicas e psíquicas) a droga também pode significar procura por solução para dificuldades e problemas. Redefinir o sintoma do uso abusivo de álcool e outras drogas desta forma significa compreender seu significado como uma força que impulsiona mudanças, possibilitando um novo diálogo entre as famílias e os contextos institucionais de tratamento (Baumgarten & Tatsch, 2009; Penso & Sudbrack, 2004a). Esta visão terá impactos na forma de abordar o

usuário de álcool e outras drogas, privilegiando a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, e uma visão holística para além do sujeito, onde cada profissional ultrapassa a compreensão isolada de sua disciplina e integra seu conhecimento com os demais profissionais, em cooperação. Busca-se assim um olhar mais amplo e integrado para compreender as conexões entre os fenômenos e avançar rumo a uma visão complexa sobre o uso de álcool e outras drogas (Sudbrack, 2014a).

O uso abusivo de álcool e outras drogas remete a transformações e busca de mudanças. Por meio de uma visão das possibilidades, a compreensão do problema é dilatada, passando a considerar novos contextos como a família, instituições, comunidade, grupos de pares e as redes. Logo, amplia-se também as opções de intervenção e fica clara a necessidade da construção de outras narrativas, tanto pelos profissionais, como pelos familiares e usuários. Passa-se a perceber os sintomas com diferentes significados e permite-se ampliar as intervenções com mais criatividade e respeito ao usuário e sua

história, procurando a desconstrução e reconstrução do sintoma, num arranjo gerador de um novo sentido (Baumkarten & Tatsch, 2009).

Fora de uma abordagem sistêmica muitas teorias sobre uso de drogas não permitem a integração da diversidade de dados, posicionamentos e condições que caracterizam as relações entre família, políticas públicas e o uso abusivo de álcool e outras drogas. Muitas vezes, em abordagens tradicionais a compreensão sobre o consumo de drogas fica limitada a uma relação linear de causa e efeito, negligenciando a complexidade das relações envolvidas no fenômeno (Conceição & Oliveira, 2008; Lins & Scarparo, 2010). Comparando os modelos de compreensão sobre o uso de álcool e outras drogas, Sudbrack (2014b) faz um paralelo entre o que denomina enfoque do medo, baseado em uma perspectiva tradicional e o modelo sistêmico, descrevendo as características essenciais de cada um, conforme tabela a seguir:

Neste quadro, fica evidente a contribuição da abordagem sistêmica no sentido de deslocar a compreensão e

Tabela 1. Diferenças entre o enfoque do medo e o sistêmico

Enfoque do medo	Enfoque sistêmico
Controle da oferta Preocupação em controlar a oferta de drogas ilícitas, com pretensão de acabar com as drogas.	Redução da demanda Preocupação em reduzir a procura por drogas, com limites para crianças e jovens no acesso às drogas lícitas e ilícitas.
Controle externo Criminalização do usuário de drogas, com abordagem policial centrada nas drogas ilícitas.	Autonomia Conscientização da população sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas.
Amplificação da violência que gera insegurança e paralisia Ênfase no medo e nas ameaças, promovendo impotência e inércia.	Ampliação do conhecimento e competência para ação Ênfase na autoestima e na autoconfiança, promovendo iniciativas para soluções criativas.
Abordagem isolada Problema reduzido à questão do produto, atribuindo poder à substância sem considerar o sujeito.	Abordagem integrada Problema definido a partir do encontro de uma pessoa com um produto em um contexto sociocultural.
Repressão Prevenção centrada na fuga do problema, usando um discurso estereotipado e amedrontador, impondo posturas e decisões autoritárias.	Educação Prevenção centrada no conhecimento da realidade, quebrando tabus, reconhecendo situações de risco, promovendo a opção pela saúde e pela vida.
Questão individual Envolvimento com drogas visto como um problema pessoal, tratado como um processo patológico individual.	Questão relacional Envolvimento com drogas visto como um problema de relações, tratado como processo de mudanças no contexto sociofamiliar.
Soluções hierarquizadas e parciais Isolamento dos usuários do convívio social, transferindo o problema para especialistas.	Soluções participativas e contextualizadas Mobilização dos recursos comunitários, construindo vínculos afetivos, redes sociais, integrando os diferentes saberes.

Fonte: Sudbrack (2014b).

a intervenção com usuários de álcool e outras drogas do indivíduo, para a sua condição de inserção e de pertencimento nos diferentes contextos em que ele estabelece suas relações afetivas e sociais. Certamente, essa proposta desafia os profissionais que atuam nos dispositivos previstos na atual política a compreender o usuário e sua rede com um olhar relacional e construir formas de intervenção, que sejam contextualizadas à sua realidade, incentivando e resgatando as habilidades das pessoas, para que elas se tornem cada vez mais criativas na solução de seus problemas cotidianos (Sudbrack, 2014a, 2014b).

Em resumo, a perspectiva sistêmica, que compreende o sujeito inserido em um contexto sociocultural ao qual influencia e do qual recebe influências, torna-se útil para discutir os conceitos da política atual do Ministério da Saúde sobre álcool e outras drogas, pois ambos enfatizam a importância das relações. A seguir elaboramos um breve histórico das legislações brasileiras sobre a questão e a seguir procuraremos apresentar conceitos fundamentais da citada política que dialogam com esta perspectiva sistêmica.

A ATUAL POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E OS DISPOSITIVOS CRIADOS

O Brasil tem um histórico de legislações e políticas públicas que considerava o usuário de álcool e outras como irrecuperável e socialmente perigoso, e, portanto, deveria ser contido e trancado para receber tratamento. Desde o Decreto 14.969, de 1921, que o criou o sanatório para toxicômanos (Brasil, 1921) para internar o usuário de drogas, até posteriores legislações

e políticas públicas que o sucederam, preconizavam atuações higienistas e repressoras. Em 2003, o Ministério da Saúde, em consonância com Lei n. 10.216/2001 e Portaria GM/MS n. 336/2001, afirmou seu compromisso de enfrentar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, considerando esta questão como um problema de saúde pública e não médico-psiquiátrico ou jurídico e adotando uma política baseada na perspectiva da redução de danos, respeitando a singularidade do sujeito.

A citada política sobre álcool e outras drogas baseia-se em um modelo que valoriza a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a clínica ampliada, preconizando a existência de uma equipe multidisciplinar para cada sujeito que frequente os serviços. A Portaria GM/MS n.º 336/2002, por sua vez, estabelece como principais serviços os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Assim, o CAPS I atende população entre 20.000 e 70.000 habitantes; o CAPS II atende população entre 70.000 e 200.000 habitantes e o CAPS III atende população acima de 200.000 habitantes. As três modalidades de serviços citadas devem estar capacitadas para realizar atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Além disso, a portaria prevê mais dois tipos de serviços especializados, os Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS i) e os centros de atenção psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS AD II)

No entanto, os Centros de Atenção Psicossocial constituem-se como um

dispositivo que devem estar articulados com uma ampla rede de serviços, em uma perspectiva sistêmica de funcionamento integrado. Neste sentido, a Portaria 3.088 estabeleceu que essa rede precisa ser constituída pela Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde; equipe de atenção básica para populações específicas e Equipe de Consultório na Rua); Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório (Centros de Convivência); Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; atenção de urgência e emergência (SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, entre outros); atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial); atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral, serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos) e reabilitação psicossocial.

OS CONCEITOS DE CLÍNICA AMPLIADA, EQUIPE DE REFERÊNCIA, REDE INTERSETORIAL E A VISÃO SISTÊMICA

O modelo de atenção e tratamento preconizado pela atual política de álcool e drogas, ao valorizar a clínica ampliada, o trabalho interdisciplinar, a equipe de referência e a rede intersetorial, se aproximam da teoria sistêmica, como veremos a seguir.

A política atual de álcool e outras drogas concebe o sujeito usuário de forma mais ampla, não focando so-

mente a doença, mas trazendo à tona a necessidade de trabalhar com o conceito de Clínica Ampliada, em que a terapêutica não se restringe a fármacos, mas inclui o poder da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial, necessitando, portanto, de equipes interdisciplinares atuando nos serviços. (Campos & Amaral, 2007). Trabalhar na lógica da clínica ampliada atende bem a proposta dessa política na medida em que trabalha a ampliação e horizontalização da clínica inserida na dimensão cuidadora integral, considerando diversos fatores como centrais para a configuração das práticas em saúde mental – políticos, históricos, culturais, biológicos, psicológicos e sociais – que devem ser levados em consideração no atendimento a cada usuário (Campos & Amaral, 2007; Couto & Delgado, 2010; Reis & Garcia, 2008).

Partindo-se dessa perspectiva, também, considera-se que uma única instituição não consegue abarcar toda a complexidade e diversidade das problemáticas relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo necessário o trabalho intersetorial. Portanto faz-se necessário buscar a articulação de saberes e experiências para a solução sinérgica de problemas complexos. Em resumo, não é mais possível que uma instituição aja de forma hierarquizada, verticalizada, piramidal e isolada da rede no qual o indivíduo está inserido (Inojosa, 2001).

O conceito de clínica ampliada deve ser entendido como uma das diretrizes impostas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Ampliar a clínica implica ampliar o conceito de saúde, doença e tratamento; aumentar o grau de autonomia dos sujeitos; primar pelos direitos dos usuários e realizar a avaliação diagnóstica, con-

siderando o saber interdisciplinar e a história de vida de cada sujeito e comunidade (Ministério da Saúde, 2007). Este conceito pressupõe o sujeito como um ser em relação e busca identificar situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas. A partir desta perspectiva nenhum sujeito será reduzido a sua patologia, ao contrário, será visto de acordo com sua história, seu discurso, sua *episteme* particular, seus arranjos subjetivos, seus sintomas e vias de superação, seu território e cotidiano e as dificuldades concretas acarretadas por sua peculiar condição na existência. Neste sentido, o trabalho na perspectiva da clínica ampliada utiliza-se da concepção sistêmica relacional.

O enfoque de clínica ampliada preconiza um método de trabalho que reconheça a complexidade e variabilidade dos fatores e dos recursos envolvidos em cada caso específico, seja ele um problema individual ou coletivo. Isto só é possível com um trabalho em equipe interdisciplinar, que depende de uma reforma cultural e do fomento a um ambiente de trabalho aberto a interdisciplinaridade (Campos & Amaral, 2007). Para Campos e Domitti (2007) trabalhar por meio de uma visão interdisciplinar supõe a adesão a um paradigma que vê processo saúde/doença/intervenção de modo complexo, holístico e dinâmico. Fato nem sempre fácil de conseguir devido à hiperespecialização, onde os saberes estão cada vez mais fragmentados, fazendo com que os profissionais tenham dificuldade em compreender e intervir em problemas complexos, polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais e globais, o que acaba prejudicando as possibilidades de compreensão e de reflexão e diminuindo as oportunidades de uma visão em longo prazo (Morin, 2003).

A proposta da clínica ampliada prevê alguns dispositivos que buscam integrar os saberes para uma intervenção mais efetiva, entre eles a equipe de referência (Cunha, 2009). A equipe de referência é um rearranjo organizacional que retira o poder absoluto da hierarquização de algumas profissões e corporações de especialistas, para reforçar a importância, o poder e a autonomia de gestão da equipe interdisciplinar (Campos & Domitti, 2007). Dentro dessa perspectiva é necessário priorizar a gestão referenciada a uma clientela, cuidar da construção de uma interação positiva entre os profissionais/profissionais e profissionais/pacientes, construindo objetivos, apesar das diferenças e não contra as diferenças (Cunha, 2009).

A equipe assim constituída é, ao mesmo tempo, um dispositivo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que tem por objetivo aumentar as alternativas de realização de uma clínica ampliada e de diálogo entre as diversas especialidades e profissões (Campos & Domitti, 2007). Dentro dessa proposta, ocorre a ruptura com o modelo médico centrado nos aspectos biológicos e o trabalho passa a ser planejado de forma interdisciplinar. A equipe passa a modificar as terapêuticas conforme a condução do caso e dos resultados obtidos. O critério de avaliação passa a ser se a intervenção está sendo benéfica ou danosa ao usuário (Silva & Fonseca, 2005). Trabalhar dessa forma significa compreender que nenhuma especialidade, de modo isolado, poderá oferecer uma abordagem integral ao paciente. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, assim como investir na construção da autonomia dos usuários. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe uma mudança

do modo como se estruturam e funcionam serviços e sistemas de saúde (Campos & Domitti, 2007).

Os dispositivos previstos na política atual do Ministério da Saúde sobre álcool e outras drogas, entre eles o CAPS AD II, pressupõem um trabalho complexo, com a implantação da clínica ampliada e a existência de equipes de referência, criando arranjos que permitam a atuação conjunta e singularizada entre profissionais, pacientes e seu território. Por isso, a equipe de referência baseia seu funcionamento na formação de vínculo entre usuários e profissionais e na coconstrução do tratamento. Na elaboração compartilhada do projeto terapêutico, um profissional ou uma equipe interdisciplinar assume a responsabilidade do acompanhamento do paciente em suas diferentes dimensões, como: questões emocionais, familiares, educacionais, habitacionais, laborais e financeiras (Miranda & Onocko-Campos, 2010). Assim, o profissional de referência, em contínuo diálogo com sua equipe técnica e com o usuário, acompanha o projeto terapêutico singular, fazendo contatos com família do paciente e verificando regularmente os objetivos estabelecidos.

Segundo Schutz & Miotto (2010), quando não existem equipes de referência, que atuem de forma interdisciplinar e intersetorial, os serviços são onerados pela desarticulação no atendimento. As demandas dos usuários, muitas vezes, são enviadas para diferentes setores da rede sem sucesso no atendimento de suas necessidades. Ao mesmo tempo, pode ocorrer um paralelismo de ações, assim como a fragmentação e a ausência de coordenação do projeto terapêutico. Segundo os autores, quando isto ocorre há um prejuízo na qualidade do tratamento.

Para evitar que situações como as descritas acima aconteçam, é preci-

so adotar uma abordagem sistêmica de saúde e do ser humano, de acordo com os pressupostos da clínica ampliada e da equipe de referência. Tais pressupostos adequam-se ao trabalho intersetorial, numa perspectiva interdisciplinar de análise dos problemas, possibilitando o estabelecimento de um processo de diálogo entre os sujeitos envolvidos e permitindo a identificação da contribuição que cada profissional e instituição pode vir a aportar no processo de intervenção (Teixeira & Paim, 2000).

Com relação à perspectiva de trabalho em rede e de forma intersetorial, numa visão sistêmica dos serviços os países nórdicos demonstram uma experiência peculiar. Assim como no Brasil, os serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas desses países estão sob crescente pressão para desenvolver e coordenar serviços de melhor qualidade para os usuários. Para investigar como os serviços têm se organizado, Næss, Opedal e Nesvåg (2014) realizaram uma pesquisa com base em experiências em três cidades nórdicas, Stavanger, na Noruega, Umea, na Suécia e Aarhus, na Dinamarca. O estudo destaca o desenvolvimento de serviços e quais os fatores que estão possibilitando inovações de tratamento para usuários de álcool e drogas.

Nos centros de tratamento das três cidades pesquisadas os serviços desenvolvem-se baseados no fortalecimento da liderança, que dá flexibilidade aos profissionais e autonomia para melhorar os serviços. Em Aarhus, os serviços utilizam processos de aprendizagem de base local, com metodologias de tratamento qualitativas, validadas interna e externamente. Os autores reafirmam a importância da descentralização do processo de tomada de decisão e a autonomia na gestão. Os

resultados da pesquisa demonstram também que existe um movimento em direção ao trabalho em rede e os serviços estão interconectados, permitindo que os profissionais atuem em outras unidades, como estratégia deliberada de acesso a novas ideias, que é usada para desenvolver serviços. Na visão dos autores isso é importante, pois existem inúmeros desafios associados às questões intersetoriais que são experimentados por organizações que trabalham com a mesma temática.

Retomando o modelo brasileiro, a ser desenvolvido, a partir da atual política, dentro da lógica da interdisciplinaridade, a equipe de referência busca atingir objetivos comuns e é responsável pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção. Para que isto possa ocorrer com sucesso, é importante que seja delegado a essa equipe poder e autonomia (Brasil, 2009; Campos & Domitti, 2007). Este poder não é absoluto, porque há o poder dos gestores e usuários, necessários para o cumprimento da função de coordenação, de integração e de avaliação do trabalho das distintas equipes de referência (Campos & Domitti, 2007). Segundo estes autores, na gestão do trabalho interdisciplinar em equipes de referência deve haver uma clara definição da responsabilidade e ampla possibilidade de construção de vínculo. Isto significa que um profissional deve ser responsável pelo caso e pela construção de uma lógica que integre os diferentes serviços, departamentos e profissionais.

A equipe de referência requer um espaço coletivo, de vínculo e diálogo para discussão de casos clínicos, sanitários ou de gestão (Brasil, 2009; Campos & Domitti, 2007). Assim, a instituição e as formas de atuar são alteradas a partir dessa concepção.

Frente a tamanho desafio para que a equipe de referência consiga se efetivar necessita de encontros periódicos e regulares para discussão de casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe e também a elaboração de projetos terapêuticos. A equipe também terá que fazer acordos sobre linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos (Campos & Domitti, 2007).

Claro que existem obstáculos estruturais para implementação dessas equipes. Essas barreiras se efetivam na própria forma como as organizações estão se estruturando, com formas de agir que vão contra o modo interdisciplinar e dialógico de operar. Assim, para o sucesso dessa proposta de trabalho é necessário tempo e arranjos organizacionais que busquem diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento. Para que a interdisciplinaridade ocorra de forma satisfatória, gerando resultados de qualidade nas intervenções, é importante facilitar a comunicação entre os diferentes especialistas e profissionais e também elaborar um sistema que produza um compartilhamento de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática conforme cada projeto terapêutico específico (Campos & Domitti, 2007). Para esses autores, o trabalho interdisciplinar depende também de que as equipes consigam lidar com a incerteza, além de terem habilidades para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado. Para isto a compreensão sistêmica de que cada profissional em sua especificidade só consegue enxergar uma parte da realidade é muito importante (Vasconcellos, 2002).

Além da interdisciplinaridade, outro grande desafio que se coloca para

as equipes de referência é o trabalho intersetorial, pois algumas das respostas necessárias para o enfrentamento dos problemas presentes na comunidade estão nas diversas redes de proteção formais e informais, existentes nas comunidades e a integração entre elas (Milanese, 2012; Sanicola, 2008; Sluzki, 1997). Percebe-se dessa forma, que é impossível lidar com um problema complexo como o uso de álcool e outras drogas sem uma perspectiva intersetorial, em rede e com um olhar sistêmico, compreendendo que cada profissional terá um olhar específico do problema e que precisará de outros olhares para complementar sua percepção.

INTERSETORIALIDADE E INTERVENÇÃO EM REDE

O pensamento sistêmico compreende que os fenômenos não ocorrem de forma isolada, havendo uma interconexão entre sua ocorrência e o contexto e que cada sistema ou subsistema está inserido em um sistema maior (Nichols & Schwartz, 2007; Vasconcellos, 2002). Neste sentido, o fenômeno do uso abusivo de álcool e outras drogas só pode ser compreendido e tratado dentro da rede de relações em que ocorre. Em consonância com tal premissa a política atual de álcool e outras drogas pressupõe a criação de redes intersetoriais de atenção aos usuários, compreendidas como relações complexas que exigem a coexistência de planos coletivos e individuais, internos e externos, rigorosamente éticos e espontâneos (Miranda & Onocko-Campos, 2010). Essas redes se sobressaem pelo seu grande potencial de mobilização e sua capacidade de transformar as comunidades, tendo alto impacto em diversos aspectos da vida das pessoas, pois criam sistemas

de proteção e de atenção aos usuários, dependentes de drogas, assim como seus familiares, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessas populações (Milanese, 2012).

Para trabalhar na perspectiva intersetorial e em rede, é necessário elaborar estratégias que perpassem os vários setores sociais, tanto do campo da saúde, quanto de outras políticas públicas e da sociedade como um todo. Ou seja, os serviços de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas não devem fechar-se em si mesmos, reproduzindo a lógica manicomial; ao contrário precisam ser encarados como sistemas abertos inseridos em outros sistemas, com trocas de energia entre eles (Vasconcellos, 2002). Contudo, vale salientar que o trabalho de transitar entre a construção coletiva do tratamento e a relação íntima e espontânea com os pacientes no meio social destes é uma tarefa delicada e árdua (Miranda & Onocko-Campos, 2010).

Essa visão pactua ainda com um importante legado do SUS, que foi a ampliação da concepção de saúde, diante da qual o processo saúde-doença passou a ser compreendido como produto e produtor de uma complexa rede, uma produção social composta de múltiplos fatores (Brasil, 2009). A Constituição Cidadã, no art. 196, também afirma que saúde é direito de todos e dever do Estado e estabelece ainda um amplo conceito de saúde, afirmando que esta é produção social, resultado de complexas redes que envolvem elementos biológicos, subjetivos, sociais, econômicos, ambientais e culturais (Brasil, 1988). Este preceito constitucional lançou o desafio de mudar a cultura existente no país, predominantemente setorial para pensar sistemicamente e atuar de forma interdisciplinar e intersetorial.

As redes ligam sistemas e são tecidas por vários sujeitos, em diferentes momentos, podendo promover saúde, bem-estar e qualidade de vida; ou ao contrário, doença, e mal-estar, dependendo de sua extensão, estrutura e capacidade de adaptação (Sluzki, 1997). A estruturação de redes é uma tarefa complexa e exige colocar em funcionamento diversas tecnologias que qualificam os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. É preciso garantir que a cobertura em saúde e a comunicação entre os serviços se amplie para que os processos de atenção e gestão fiquem mais eficientes, eficazes e que construam a integralidade da atenção. A integralidade significa diálogo entre os serviços, os usuários e profissionais de saúde para que os projetos terapêuticos sejam realizados por meio da compreensão dos usuários e das necessidades por ele apresentadas. Trata-se de uma visão que compreende o usuário como protagonista e sujeito em sua totalidade. São esses processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais que fazem com que as redes de atenção sejam sempre produtoras de saúde num dado território (Brasil, 2009). Por conseguinte, percebe-se que trabalhar em rede requer uma nova cultura, que se caracteriza por socializar o poder, negociar, trabalhar com autonomias e flexibilizar posturas. Comunicação e articulação são habilidades fundamentais no trabalho em rede. Ações intersetoriais retiram as instituições de seu isolamento e asseguram uma intervenção agregadora e inclusiva (Gonçalves & Guará, 2010).

A intervenção em rede permite a utilização dos recursos do tecido social do qual as pessoas fazem parte, utilizando o potencial e as habilidades das pessoas que, quando oportunamente canaliza-

dos, podem gerar resultados positivos. Esse tipo de intervenção considera que as pessoas vivem relacionadas umas às outras dentro das redes. Um incidente crítico pode reforçar os laços já existentes ou alterar sua dinâmica natural. Cada membro dentro desse contexto pode definir as necessidades e gerar respostas adequadas às dificuldades que aparecem (Sanicola, 2008).

Sanicola (2008) coloca ainda que apesar de muitas demandas que chegam ao serviço serem de ordem coletiva, estas são transformadas em uma questão individual e são tratadas dessa forma, com foco no indivíduo. Esse tipo de atuação gera desresponsabilização do território e dependência no usuário, tirando sua autonomia e inibindo atuações criativas dos profissionais. Assim deixa-se de olhar, explorar e intervir na rede de criar laços e corresponsabilização. A proposta, portanto, é a saída da sede do serviço e a busca, na sociedade, de vínculos que completem e ampliem os recursos existentes. É no dia a dia do território que o apoio mútuo, a fraternidade, a rejeição e o preconceito são construídos. Intervir no território significa modificar o lugar social do usuário de álcool e drogas (Amarante, 2013).

Em resumo, o trabalho em rede e intersetorial pressupõe uma visão sistêmica relacional que considere as relações entre diferentes sistemas. No caso da atenção ao usuário de álcool e outras drogas, este trabalho precisa ocorrer contemplando toda a rede de relações do sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se neste artigo articular os conceitos da política atual de álcool e outras drogas com a teoria sistêmica, para a qual a dependência de drogas

é compreendida como um fenômeno social complexo, que não pode ser compreendido de forma reducionista e simplista. A referência às drogas nessa perspectiva é vista dentro de seu contexto relacional e não reduzida a explicações de causa e efeito. Dessa maneira, considera-se, além dos efeitos físicos do álcool e das drogas, as crenças do usuário, a qualidade dos vínculos afetivos e sua rede social (Conceição & Oliveira, 2008; Lins & Scarparo, 2010; Penso & Sudbrack, 2004b; Sudbrack, 2014a).

Os conceitos da citada política de álcool e outras drogas, em especial aqueles de clínica ampliada, equipe de referência, intersetorialidade e articulação em rede, pressupõem um olhar para as relações do sujeito usuário de álcool e outras drogas. O pensamento sistêmico pode contribuir para consolidar esta perspectiva, uma vez que propõe uma visão de mundo que leva em consideração a complexidade do ser humano e suas relações. Neste sentido, a teoria sistêmica dialoga muito bem com a política sobre álcool e outras drogas.

Por outro lado, um conhecimento profundo da política atual de álcool e drogas pode ajudar terapeutas familiares que trabalham com famílias de usuários de álcool e drogas, seja em seus consultórios, seja em organizações não governamentais ou nos serviços públicos de saúde. Na nossa experiência, a junção destas duas compreensões, de um lado a política e de outro a abordagem sistêmica, contribui para um melhor atendimento à população, uma vez que amplia o olhar sobre o fenômeno.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (2013). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau.

Baumgarten, S., & Tatsch, D. T. (2009).

A psicologia e as intervenções familiares na drogadição: o sintoma como mensagem da necessidade de mudança. In *XV Encontro Nacional da ABRAPSO*. Maceió: ABRAPSO.

Brasil. (1921). Decreto nº 14.969, de 3 de Setembro de 1921. Retrieved from <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14969-3-setembro-1921-498564-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Retrieved from http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. (2009). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Retrieved from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf

Campos, G. W. de S., & Amaral, M. A. do. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4). doi:10.1590/S1413-81232007000400007

Campos, G. W. de S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399–407. doi:10.1590/S0102-311X2007000200016

Conceição, M. I. G., & Oliveira, M. C. S. de. (2008). A relação adolescente-drogas e as perspectivas da nova legislação sobre drogas. *Revista de Informação Legislativa*, (45), 253–262. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:A+relação+adolescente+-+drogas+e+as+perspectivas+da+nova+legislação+sobre+drogas#0>

- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G.** (2010). Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações preliminares. In *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 271–279). São Paulo: Hucitec.
- Cruz, R. C. da S. P., & Roldão, F. D.** (2011). O pensamento sistêmico na prática do teólogo. In *Congresso de Teologia da PUCPR* (pp. 244–254). Curitiba: Champagnat.
- Cunha, G. T.** (2009). *Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica* (Tese de doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Retrieved from <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000440902&fd=y>
- Gonçalves, A. S., & Guará, I. M. R.** (2010). Redes de proteção social na comunidade. In *Redes de proteção social* (1ª ed., p. 96). São Paulo: Associação Fazendo História: NECA – Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente.
- Inojosa, R. M.** (2001). Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. *Cadernos Fundap*, 22, 102–110. Retrieved from <http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad22/dados/Inojosa.pdf>
- Lins, M. R. S. W., & Scarparo, H. B. K.** (2010). Drogadição na contemporaneidade: Pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. *Psicologia Argumento*, 28(62), 261–271. Retrieved from <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3727&dd99=view>
- Milanese, E.** (2012). *Tratamento Comunitário: manual de trabalho I*. (R. Barros, Ed.) (2ª ed.). São Paulo: Instituto Empodera.
- Ministério da Saúde.** (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2ª ed.). Brasília: Saúde, Ministério da. Retrieved from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf
- Miranda, L., & Onocko-Campos, R. T.** (2010). Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6), 1153–1162. doi:10.1590/S0102-311X2010000600009
- Morin, E.** (2003). *A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Bertrand.
- Næss, O., Opedal, S., & Nesvåg, S.** (2014). Room for action? How service managers in three Scandinavian cities experience their possibilities to develop their services. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(3). Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/j/nsad.2014.31.issue-3/nsad-2014-0023/nsad-2014-0023.xml>
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C.** (2007). *Terapia familiar – conceitos e métodos* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Penso, M. A.** (2001). O tratamento do dependente químico. In *Anais do Capacitação de instrutores para promoção da saúde em ações antidrogas* (pp. 52–68). Brasília.
- Penso, M. A., & Sudbrack, M. F.** (2004a). Envolvimento em atos infracionais e com drogas como possibilidades para lidar com o papel de filho parental. *Psicologia USP*, 15(3), 29–54. doi:10.1590/S0103-65642004000200003
- Penso, M. A., & Sudbrack, M. F.** (2004b). O filho fora do tempo: atos infracionais, uso de drogas e construção identitária. *Psicologia USP*, 15(3), 29–54. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/psup/v15n3/24604.pdf>

- Pereira, S. E. F. N., & Sudbrack, M. F. O.** (2008). Drogadição e atos infracionais na voz do adolescente em conflito com a lei. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 24(2), 151–159. doi:10.1590/S0102-37722008000200004
- Reis, R. dos, & Garcia, M. L. T.** (2008). A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1965–1974. doi:10.1590/S1413-81232008000600032
- Sanicola, L.** (2008). *As dinâmicas de rede e o trabalho social*. São Paulo: Veras Editora.
- Schutz, F., & Miotto, R. C. T.** (2010). Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. *Sociedade Em Debate*, 16(1), 59–75. Retrieved from <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/337/295>
- Silva, A. L. A. e, & Fonseca, R. M. G. S. da.** (2005). Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 441–449. doi:10.1590/S0104-11692005000300020
- Sluzki, C.** (1997). *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sudbrack, M. F. O.** (2014a). Drogas e complexidade: do caos à transformação. In *Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas* (6ª ed., p. 264). Brasília: Ministério da Justiça.
- Sudbrack, M. F. O.** (2014b). O trabalho comunitário e a construção de redes sociais. In *Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas* (6ª ed.). Brasília: Ministério da Justiça.
- Teixeira, C. F., & Paim, J. S.** (2000). Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública*, 34(6), 63–80. Retrieved from <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6348/4933>
- Vasconcellos, M. J. E. de.** (2002). *Pensamento sistêmico. O novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus.