



Camila Augusta dos Santos

**Antagonismos e contradições na política sobre drogas: os
pontos de atenção residencial de caráter transitório**

**Belo Horizonte
2019**

Camila Augusta dos Santos

Antagonismos e contradições na política sobre drogas: os pontos de atenção residencial de caráter transitório

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Orientador(a): Viviane Souza Maciel de Almeida

S237a

Santos, Camila Augusta dos.

Antagonismos e contradições na política sobre drogas: os pontos de atenção residencial de caráter transitório. / Camila Augusta dos Santos. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2019.

40 p.

Orientador(a): Viviane Souza Maciel de Almeida.

Monografia (Especialização) em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Inclui bibliografia.

1. Unidade de Acolhimento. 2. Política de Drogas. 3. Comunidade Terapêutica.
4. Redução de Danos. 5. Rede de Atenção Psicossocial.
I. Almeida, Viviane Souza Maciel de. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WM 270

Camila Augusta dos Santos

Antagonismos e contradições na política sobre drogas: os pontos de atenção residencial de caráter transitório

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Aprovado em: 02 de julho de 2019

Banca Examinadora

Me. em Saúde Pública - Viviane Souza Maciel de Almeida
Referência Técnica na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Me. em Saúde Pública – Ana Regina Machado
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Me. em Psicologia – Filippe de Mello Lopes
Conselheiro do XV Plenário do Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais

**Belo Horizonte
2019**

RESUMO

A preocupação com o cuidado em saúde de usuários de drogas, vertente importante da política sobre drogas brasileira, foi tardiamente abarcada e formalizada pelo Ministério da Saúde. Durante longo período, a questão foi sendo desenvolvida somente pelo viés judicial, criminalizante, alocando-se o caráter de exclusão das pessoas que faziam uso de drogas. As internações em hospitais psiquiátricos tornaram-se comuns para esse público, assim como o aumento de comunidades terapêuticas. Apesar do enfoque proibicionista dado à política de drogas, nota-se que a construção do processo de Reforma Psiquiátrica, com o fortalecimento do movimento da Luta Antimanicomial, consolidação do Sistema Único de Saúde e o reconhecimento das ações de redução de danos, foram fundamentais para o desenvolvimento de um discurso crítico em relação à lógica dominante e a proposição de novas alternativas de tratamento. Nesse sentido, a política pública de saúde para usuários de drogas foi construída diante de diferentes interesses e concepções. Nesse escopo, temos como objeto de interesse desse trabalho o fato de a Rede de Atenção Psicossocial instituir dois dispositivos de atenção residencial de caráter transitório com perspectivas de cuidado ambíguas, a saber: as Unidades de Acolhimento e as Comunidades Terapêuticas. Esse trabalho objetiva remontar como essa dicotomia aparece no processo histórico de construção da política, podendo assim refletir sobre o paradoxo de o Governo Federal seguir financiando duas propostas de intervenção e trazendo questões sobre o campo da assistência prestada aos usuários por esses diferentes pontos de atenção. Para tanto, utilizou-se como método a revisão de bibliografias sobre o tema e o recurso do relato de experiência, visto que são poucos os registros publicados sobre as Unidades de Acolhimento.

Palavras chave: Unidade de Acolhimento, política de drogas, Comunidade Terapêutica, redução de danos, Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The concern with the health care of drug users, an important aspect of Brazilian drug policy, was belatedly encompassed and formalized by the Ministry of Health. During a long period, the matter was being developed only through a judicial bias, criminalizing, holding on the aspect repressive and punitive. The hospitalization at psychiatric hospitals became common for this public and the absence of public health policies created space for the installation of what is called Therapeutic Communities. With the process of Psychiatric Reform, strengthening of Anti-Asylum Movement and the consolidation of Health Care System and the recognition of reduction actions of damage and the taking issue by The Mental Health Coordination, it is noted that the health public policy for drug users was built facing different interests and conceptions. One example of this is the fact that the psychosocial care network institute two transitional residential care devices with ambiguous care perspectives, namely: the Reception Units and the Therapeutic Communities. This study aims to reassess how this dichotomy appears in the historical process of policy construction and can thus reflect on the paradox of the Federal Government continue to finance two antagonistic proposals of intervention and raising questions about the field of assistance provided to users by these different points of attention. Was used as a method the revision of bibliographies about the theme and the resource of the experience report, since there are few published records about the Reception Units.

Keywords: Reception Unit, drug policy, Therapeutic Community, harm reduction, psychosocial care network.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS – Agente de Ação Social

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas

CAT – Casas de Acolhimento Transitório

CERSAM AD – Centro de Referência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

CETAD - Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CONAD - Conselho Nacional Antidrogas

CONFEN - Conselho Federal de Entorpecentes

CMT – Centro Mineiro de Toxicomanias

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CT – Comunidade Terapêutica

FEBRACT - Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

FETEB - Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil

MNPCT - Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

MS – Ministério da Saúde

PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS

PFDC/MPF - Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal

PNAD - Política Nacional Antidrogas

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas de Drogas

SISNAD - Sistema Nacional Antidrogas

SISNAD - Sistema Nacional de Política sobre Drogas

SPA – Substâncias Psicoativas

SUS – Sistema Único de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUP – Serviço de Urgência Psiquiátrica

UA – Unidade de Acolhimento

UAT – Unidade de Acolhimento Transitório

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. METODOLOGIA.....	9
3. A RAPS E OS HISTÓRICOS DILEMAS DA POLÍTICA SOBRE DROGAS.....	9
4. REDUÇÃO DE DANOS X ABSTINÊNCIA.....	15
5. AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL	17
6. RELATO DE EXPERIÊNCIA	
6.1. A Unidade de Acolhimento na RAPS de Belo Horizonte	24
6.2. A equipe.....	27
6.3. O cotidiano na UAT – adulto	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	37

1. INTRODUÇÃO

O uso de drogas no Brasil vem sendo tratado como uma questão de saúde pública desde a década passada, mas guarda um histórico legislativo marcado pela aposta proibicionista e pela segregação. A partir do processo de Reforma Psiquiátrica, do movimento de luta antimanicomial, da consolidação do SUS e dos programas de redução de danos, outras concepções de atenção às pessoas que fazem uso de drogas foram se constituindo e tecendo novos contornos a política. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) apresenta suas diretrizes norteadas por princípios que pautam a garantia de direitos, sendo a cidadania um alicerce para a direção do trabalho. Assim, nosso problema parte da inquietação em entender as entrelinhas do paradoxo entre as concepções divergentes dentro de uma política. Para tanto, nessa pesquisa, foi utilizado os pontos de atenção residenciais de caráter transitório da RAPS, para exemplificar como diferentes concepções estão presentes na atual política de drogas brasileira.

Este trabalho não tem como objetivo esgotar a temática, mas trazer a tona reflexões e questionamentos sobre os antagonismos e contradições do governo ao formular e incentivar modelos distintos dentro de uma mesma política. Entende-se que tais contradições e antagonismos se estabelecem a partir de uma disputa política, onde, um lado se funda a partir da perspectiva proibicionista, de “guerra às drogas” e o outro parte do horizonte dos direitos humanos, da liberdade como uma prerrogativa, da garantia de acesso a direitos. Objetiva-se, portanto, resgatar marcos históricos no nível da legislação sobre o tema, que possam auxiliar na compreensão de como a questão foi tratada em diferentes momentos, buscando entender também as possíveis influências políticas e ideológicas que contribuíram para a construção da RAPS e de quais antagonismos, no campo da assistência estão sendo falados entre esses dois equipamentos residenciais.

Iniciamos o trabalho buscando remontar os entraves sobre o tema que aparecem na legislação até a instituição da RAPS. Na sequência, tratamos de forma breve sobre as contribuições da política de redução de danos, para a construção de um novo paradigma no campo da atenção. O percurso das Comunidades Terapêuticas no Brasil, desde a instalação ao reconhecimento e parcerias com o Estado, é remontado na terceira parte desse trabalho, buscando levantar como essas instituições tem se apresentado como modelo de tratamento. Na sequência foi desenvolvido o relato de experiência sobre as Unidades de Acolhimento, apresentando o cotidiano e a organização desse equipamento no município de Belo Horizonte. Por fim, nas considerações finais, buscou-se elaborar uma síntese crítica do tema exposto, levantando possíveis reflexões e inferências sobre o tema.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou como metodologias a pesquisa bibliográfica e o relato de experiência. Optou-se pelas duas estratégias diante da importância de dar visibilidade à experiência da Unidade de Acolhimento e em razão da escassez de materiais publicados sobre esses serviços no país, mas entendendo também a necessidade de compreender sobre o processo histórico de construção da política de drogas, utilizando assim a pesquisa bibliográfica em artigos científicos, trabalhos técnicos e legislação que tratem sobre o tema. Apesar da apresentação de dois dispositivos de características díspares, este trabalho não se propõe a uma análise comparativa.

3. A RAPS E OS HISTÓRICOS DILEMAS DA POLÍTICA SOBRE DROGAS

A Portaria 3.088¹ de 2011, do Ministério da Saúde, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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 (SUS) (BRASIL, 2011). Construída em consonância com as diretrizes e os princípios do SUS e norteadas pelos princípios da Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica brasileira e da política de Redução de Danos, a RAPS tem suas diretrizes e objetivos traçados na construção de uma rede complexa, que contempla diferentes pontos de atenção.

Dentro da complexidade de equipamentos e ofertas, onde se preza a singularidade de cada sujeito e de cada história, chama atenção o antagonismo existente dentre o que é proposto como pontos de atenção residencial de caráter transitório: as Unidades de Acolhimento (UA) e Comunidades Terapêuticas (CT). Para melhor entender como essa contradição se estabeleceu na alçada da atenção a usuários de drogas no Brasil será importante recuperar como se deu tal construção, buscando evidenciar as concepções contraditórias e dicotômicas presentes no campo legislativo, político e ideológico.

Durante longo período o país não teve uma política que tratava o tema das drogas como uma questão de saúde, tendo um histórico anterior diretamente ligado à justiça e à segurança pública e carregando até os dias atuais a herança repressora e criminalizante, marcadamente relacionada ao uso de drogas. Somente uma década após o início da reestruturação da assistência em saúde mental é que a questão das drogas passou a ser pauta na agenda da saúde pública, se constituindo como política pública. Machado (2006) nos

¹ Desde 28 de janeiro de 2017, quando publicada a Portaria de Consolidação Nº 3, a RAPS encontra-se descrita nesse documento, em seu anexo V.

explica que:

Na década de 90, foram criadas condições no setor saúde - a partir dos processos de implementação do SUS, da reestruturação da atenção em saúde mental e dos programas de redução de danos - que favoreceram o estabelecimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas em 2003. Essas condições, no entanto, não foram suficientes para que fosse tomada a decisão de estabelecê-la.

Tal decisão resultou de processos que ocorreram entre os anos 2001 e 2003 e que envolveram diferentes atores e interesses. De um lado, havia uma pressão das comunidades terapêuticas para obter financiamento do SUS, posição que contava com apoio de alguns setores do Ministério da Saúde e da SENAD; de outro, havia uma pressão de outros setores do Ministério da Saúde, entre eles a Coordenação de Saúde Mental, para que a questão de álcool e outras drogas fosse abordada no âmbito do SUS. Essas diferenças - aparentemente de ordem técnica, sobre modelos e dispositivos assistenciais a serem adotados no País - revelavam também um debate político ideológico, ainda que pouco explícito, entre as diferentes concepções existentes no País em relação à abordagem dos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Tratava-se de adotar uma política coerente com o discurso antidrogas ou de inaugurar uma outra proposta política, focada não na droga, mas na redução dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no campo da saúde pública brasileira. (MACHADO, 2006, p. 84-85)

É importante remontar, ainda que de modo sucinto, pontos na legislação que contribuíram para a construção da RAPS, como a Lei 10.216 de 2001, que trata do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, conhecida como o marco da Reforma Psiquiátrica brasileira. A lei não traz em seu bojo pontos específicos sobre a questão das drogas, mas que, como nos aponta Lopes (2015), ambas as questões (saúde mental e drogas) “permanecerão, inegavelmente, atreladas em sua origem e estruturação no campo prático-assistencial até os dias atuais”. Lopes (2015) também elucida que “isso pode ser observado através da aprovação da Portaria Ministerial Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (PM 336/ 02), que prevê a criação dos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad)”, seguindo o modelo substitutivo em saúde mental. Contudo, faz-se necessário também para essa discussão, destacar o direcionamento que a Lei dispõe sobre as internações - voluntárias, involuntárias e compulsórias -, onde ao mesmo tempo em que prevê o redirecionamento da assistência, regulariza as internações, orientando que essas ocorram somente quando todos os recursos extra-hospitalares forem esgotados e veda que as internações ocorram em instituições que tenham caráter asilar. (BRASIL, 2001, s/p). Especificamente em Minas Gerais, a Lei estadual 11.802/1995 apresenta maior sustentação ao trabalho da saúde mental com usuários de drogas, ao afirmar que para a internação seria necessário o “encaminhamento exclusivo dos Centros de Referência de Saúde Mental públicos ou dos serviços públicos de emergência psiquiátrica e ocorrerá, preferencialmente, em estabelecimento escolhido pelo paciente”. (MINAS GERAIS, 1995, s/p).

Como dito anteriormente, as concepções diversas marcadas pelo embate político-ideológico e, ainda como nos aponta Silva (2015), a legislação nacional (seguia e) segue a tendência mundial, ou melhor, o Brasil, assim como os demais países do continente latino-americano e grande parte dos demais países do mundo, aceita a liderança exercida pelos Estados Unidos e reverberada pelos organismos internacionais sobre essa questão (p.65). Nesse sentido é necessário resgatar que o estabelecimento de penalidades ligadas à venda ou ao consumo de substâncias, prevendo multas e internação em estabelecimentos de correção aparece no Brasil em 1921, pelo Decreto Nº 4.294 do Código Penal, de 6 de julho. Cerca de dois meses após esse decreto, é regulamentado o sanatório de toxicômanos, pelo Decreto Nº 14.969. “Essas medidas legislativas propuseram, então, a exclusão dos usuários de álcool e outras drogas do convívio social, justificada pela ameaça à ordem social que supostamente eles representavam” (MACHADO, 2006, p. 36-37). Nos anos que se sucederam a legislação ainda se encontrava atada pelo viés penal, determinando “infratores viciados” e “infração contra a segurança nacional, a ordem política ou social e a economia popular”. Na Lei 5.726 de 1971, “a concepção médico-psiquiátrica tornou-se preponderante” (MACHADO, 2006, p. 37), e seus dois primeiros capítulos dispõem sobre medidas preventivas e de recuperação, sendo pautado o caráter de doença e a necessidade de internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico.

A partir da Lei Nº 6.368, de 1976 foi disposto que as atividades de prevenção, fiscalização e repressão seriam integradas no Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão, que foi instituído pelo Decreto Nº 85.110/1980, compreendendo o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) como órgão central. Os outros órgãos e conselhos do Sistema ficariam sujeitos às orientações e supervisão do CONFEN, que, dentre suas competências, teria como responsabilidade propor a política nacional de entorpecentes; que foi publicada em 1988 e, posteriormente, em 1996, um novo documento foi apresentado. O CONFEN foi instituído como órgão normativo de deliberação coletiva, alocado na estrutura do Ministério da Justiça.

De acordo com Machado (2006), “o CONFEN, em vários momentos de sua história, esteve mais comprometido com o desenvolvimento de ações repressivas em relação às drogas”, mas “em outros momentos, o CONFEN abriu a possibilidade de construção de práticas não orientadas exclusivamente pela perspectiva repressiva”. Sendo importante destacar que:

Ainda que as diretrizes políticas do CONFEN não tenham tido muito impacto no setor público de saúde, suas contribuições, por meio de ações normativas, para o

desenvolvimento de práticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas no Brasil, não podem ser desconsideradas. Entre as práticas apoiadas pelo CONFEN, estão: as experiências dos centros de referências de tratamento e prevenção, dos projetos de redução de danos e das comunidades terapêuticas. (MACHADO, 2006, p. 43)

O CONFEN foi encerrado em 1998, quando então no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso foi criado o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), constituindo o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD).

Ainda no período anterior a 2003, é importante destacar que duas posições disputavam a hegemonia dentro do Ministério da Saúde, de acordo com Machado (2006): “Uma delas [...] defendia que a política de álcool e outras drogas ficasse restrita ao financiamento das comunidades terapêuticas. A outra [...] defendia a criação de uma política e de uma rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. (MACHADO, p. 85)

Importante salientar ainda o posicionamento do controle social na construção das políticas de saúde voltadas para usuários de drogas, destacando-se os resultados das conferências de saúde. A III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001 e com o significativo tema “Cuidar sim, excluir não”, deu direcionamento concreto em relação às abordagens sobre drogas no país, salientando a necessidade de uma política nacional que prezasse a garantia de direitos da população. Já no caderno informativo da III Conferência é possível identificar o caráter que seria proposto nas discussões.

Na questão do álcool e drogas, é necessária uma profunda revisão da lei que criminaliza o uso das substâncias, e cria situações perversas de institucionalização forçada dos usuários (metade da população dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico é constituída por usuários de droga que cumprem medida de segurança ou aguardam perícia psiquiátrica e de violência por parte dos aparelhos policial e judicial). A importação do modelo norte-americano dos Tribunais de Drogas deve ser profundamente questionada, pois tende a agravar as distorções e reafirmar um modelo repressivo de atenção ao problema. Daí que, em relação ao modelo assistencial, é importante afirmar a necessidade de implantar-se rede de serviços comunitários, abertos, onde a questão dos direitos do paciente que faz uso prejudicial de drogas ilícitas possa ser uma das premissas do tratamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.34).

E no relatório final da III Conferência destacam-se os seguintes pontos, relevantes para essa discussão:

Na construção da política de saúde mental é fundamental garantir que o Ministério da Saúde defina políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que deverão ser baseadas no respeito aos direitos humanos, nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. É fundamental, também, garantir que o SUS se responsabilize pelo atendimento dos usuários de álcool e drogas e, ao mesmo tempo, não reduzir esta questão a uma problemática exclusiva da saúde. Com esta perspectiva, é necessária a criação de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas integrada à rede do SUS, que evite a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas até então destinadas à sua internação. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE; MS, 2002, p.60).

Garantir que o atendimento às pessoas usuárias de álcool e outras drogas e seus familiares seja integral e humanizado, realizado por equipe multidisciplinar, na rede de serviços públicos (UBS, CS, PSF, NAPS, CAPS, hospital-dia e unidade mista para tratamento de farmacodependência, serviço ambulatorial especializado, atendimento 24 horas), de acordo com a realidade local.

Implantar, de forma integrada e simultânea, estratégias de assistência aos usuários (adultos, crianças e adolescentes) de álcool e outras drogas, inclusive tabaco, no conjunto de serviços de base comunitária, CAPS, NAPS e serviços residenciais terapêuticos. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE; MS, 2002, p.61).

Ressalta-se que durante a realização da III Conferência de Saúde Mental, concomitantemente o CONAD realizou o II Fórum Nacional Antidrogas, onde foi apresentado “a Política Nacional Antidrogas contendo dois capítulos diretamente relacionados à área de saúde. (...) Esse fato revela a dificuldade de articulação entre a área de drogas e o setor público de saúde” (MACHADO, 2006, p. 50). Apesar da clara divergência em um mesmo período de tempo, é preciso apontar que o referido Fórum não foi organizado seguindo os princípios do controle social do SUS, destacando, de maneira mais evidente, a divergência entre lógicas de construção de políticas.

Em 2002 foi publicada a Lei 10.409 que “dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências” e em 2003 é publicado a “A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”, que já apresenta preocupações que se alinham com as diretrizes e princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica brasileira e da redução de danos. Em 2006 com a publicação da Lei 11.343, as Leis 6.368/76 e 10.409/02 foram revogadas, instituindo o Sistema Nacional de Política sobre Drogas (SISNAD). Contudo, sobre a Lei 11.343/2006, Lopes (2015) evidencia:

[...] a criação de tal Lei acaba atendendo a uma série de convocações que vão desde o chamado da saúde pública até o chamado dos proprietários de grandes organizações privadas com vistas ao atendimento e internação do usuário de álcool e outras “drogas”. Esse, nos parece, é o fio divisor da elaboração das políticas nacionais, uma vez que é garantida a dupla participação (público e privado) na elaboração e implementação de serviços de saúde em todo território nacional. Desde a criação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), que diz em seu parágrafo segundo que *a iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar* (s/n), está garantida a possibilidade de participação dos interesses públicos e privados. Nota-se que esta lógica se reproduz nas políticas públicas sobre álcool e “drogas”. (p.30)

O MS reconhece na apresentação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) que houve um “atraso histórico”, um

“vácuo de propostas concretas”. Pode-se perceber com este levantamento histórico, que a presença das divergências e contradições se apresenta de maneira constante ao longo do tempo.

Rui (2014) chama atenção para o fato de que “embora as diretrizes da política do Ministério da Saúde sobre o tema datem de 2004, somente a partir de 2009, diante de uma ampla exposição midiática sobre o crack, é que o governo federal anunciou planos de ação mais efetivos.” (p. 80-81). Dentre esses planos destaca-se o Programa “Crack é possível vencer”, lançado em 2010 e com a finalidade de ampliar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários de drogas, criado sob a perspectiva de três eixos: autoridade, cuidado e prevenção. Dentro do eixo “cuidado”, que trata da estruturação da rede e da disponibilização de diretrizes, financiamento e qualificação, tomando como princípios a defesa da vida e da redução de danos, são dispostos os serviços que viriam a compor essa rede de serviços, sendo incluídos serviços de organizações não governamentais, sendo esses as comunidades terapêuticas. No programa também são previstos a criação de 430 Unidades de Acolhimento Adulto e 188 Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil no território brasileiro.

A discussão sobre a necessidade de equipamentos de atenção residencial de caráter transitório para a assistência de usuários de drogas aparece no Relatório de Gestão 2007-2010 da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. No capítulo que trata sobre *álcool e outras drogas* é feito um balanço sobre a ampliação e avanço dos dispositivos, da política e da legislação durante o período. É exposta a proposta do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD), que foi instituído pela Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009 e o *Plano Crack*, instituído em 2010 pelo Governo Federal, através do Decreto nº 7179, deu continuidade a diversas ações que já vinham sendo realizadas pelo PEAD, aparecendo dentre essas a “criação das Casas de Acolhimento Transitório (CAT: CAT I, CAT II e CATi), implantação de 44 casas, no valor de R\$ 18.348.000,00” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 46). Sobre as CAT's o documento diz:

Manifestamente exitosas onde já estão em funcionamento, as experiências de casas de acolhimento ampliam as possibilidades de intervenção dos CAPS e da atenção básica, na medida em que criam espaços protegidos e possibilitam o desenvolvimento, em rede, de projetos de cuidado em período integral, sete dias por semana. São voltadas para usuários de álcool e outras drogas, inseridos na rede de atenção de álcool e outras drogas que se encontrem em situação de extrema vulnerabilidade e risco, e que necessitem de atenção e de cuidados de modo integral e protegido.

Constituem se como espaços que permitem abrigo temporário, acolhimento e proteção social, em espaços da saúde, no contexto de um Projeto Terapêutico Individualizado desenvolvido em Centros de Atenção Psicossocial, em articulação com a atenção básica e com dispositivos intersetoriais (saúde, assistência

social, direitos humanos, justiça, educação, e outros). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 51).

Neste documento também consta como ação desenvolvida o investimento em comunidades terapêuticas, para o apoio de 985 leitos, com repasse feito pela SENAD. Em 2011, com a publicação que institui a RAPS, as chamadas CAT aparecem como UA, ao lado das comunidades terapêuticas - ambas reconhecidas como pontos de atenção residencial de caráter transitório. Cabe ressaltar que, antes da publicação da RAPS, o Conselho Nacional de Saúde disponibilizou a Resolução Nº 448, de 6 de outubro de 2011 que orienta “que a inserção de toda e qualquer entidade ou instituição na Rede de Atenção Psicossocial do SUS seja orientada pela adesão aos princípios da reforma antimanicomial, em especial no que se refere ao não-isolamento de indivíduos e grupos populacionais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, s/p.).

Todo este percurso evidencia como a construção da política de drogas, além do atraso histórico para ser tratada no âmbito da saúde, resvala em questões ambíguas e contraditórias quanto ao direcionamento dado.

4. REDUÇÃO DE DANOS X ABSTINÊNCIA

Ainda que os dois caminhos apresentados para o “cuidado” na perspectiva do uso de drogas - redução de danos e abstinência - não sejam opostos, nota-se que os mesmos são tratados muitas vezes de maneira excludente, sendo necessário elucidar um pouco mais este ponto. A concepção de Redução de Danos (RD) no Brasil ganhou visibilidade a partir da constatação do aumento de casos de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) relacionado à prática de trocas de seringas utilizadas no consumo de drogas injetável. A experiência de Santos, em 1989, marca a primeira tentativa de implantação da redução de danos como proposta de saúde pública em âmbito municipal, que seria voltada para a distribuição de seringas reduzindo-se as chances de contaminação no uso. Contudo, a estratégia foi interpretada pelo Ministério Público como apologia ao uso de substâncias ilícitas, sendo a proposta inviabilizada. O primeiro programa brasileiro de troca de seringas que foi realizado institucionalmente ocorreu na Bahia, quando em 1994 o “Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas (CETAD), um serviço de extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, recebe recurso da então Coordenação Nacional de DST/AIDS” (PETUCO, 2014, p. 138), sendo iniciado em 1995.

Nos anos seguintes outras experiências de RD foram surgindo, sendo abertos no país

cerca de duzentos novos programas entre 1995 e 2003, de acordo com Rui (2014). Sobre esse percurso, a autora salienta que “se inicialmente os programas de redução de danos surgem no país como uma resposta pragmática à devastadora epidemia de AIDS [...], posteriormente vão aumentando suas ações, que passam a incluir também prevenção aos outros tipos de administração de drogas” (RUI, 2014, p. 75) e de outras doenças transmissíveis. Como citado anteriormente, em alguns momentos o CONFEN deu apoio às práticas e programas de RD, contudo, somente em 2005, através da Portaria 1.059 do Ministério da Saúde, passa-se a destinar financiamento para o fomento de ações de RD em serviços públicos de atenção aos usuários de drogas.

Neste sentido, as discussões em torno das ações de RD e a prática de abstinência pregada pelas já instaladas CT's e por alguns setores públicos, apontam talvez o cerne da ambiguidade da construção da política de drogas brasileira, ao lado da priorização de financiamento às instituições privadas em detrimento ao apoio de serviços 100% públicos. Sobre essa evidência, Rui (2014) destaca dois enunciados do texto da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003), reproduzidos a seguir.

Trata-se aqui de afirmar que o consumo de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública. Dentro de uma perspectiva de saúde pública, o planejamento de programas deve contemplar grandes parcelas da população, de uma forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários. [...] (p. 8)

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. [...] Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. (p. 10)

A lacuna de políticas públicas de atenção aos usuários de drogas deu espaço para orientações voltadas para a abstinência e também as práticas de cunho religioso, moral e repressor. Assim, de acordo com Silva (2015),

O encontro da redução de danos com a Reforma Psiquiátrica se dá, portanto, num contexto diverso do momento inaugural, em que já não são as drogas injetáveis e a epidemia de AIDS as preocupações centrais [...] E no plano terapêutico, esse encontro é atravessado pela presença e modelo de tratamento das chamadas comunidades terapêuticas. (p.125)

Nas diretrizes que constituem a instituição da RAPS, a RD aparece como uma das estratégias a serem desenvolvidas pelos serviços que compõem a rede, sendo a redução de danos também um objetivo que cabe a todos os dispositivos citados na portaria e dispondo, ainda, que os serviços que oferecem suporte hospitalar através de internação devem observar a lógica da redução de danos.

5. AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

Paralelamente ao caminhar da legislação sobre drogas, da constituição do SUS e da construção de uma rede integrada de cuidados às pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, desenvolveu-se no país o fortalecimento de algumas instituições privadas, as clínicas de internação, nomeadas, em sua maioria, de Comunidades Terapêuticas. Ainda antes da consolidação do SUS, já no final da década de 60, essas instituições começaram a ser instaladas no Brasil. Nesse contexto, como visto anteriormente, ainda não havia um direcionamento dado pelo MS sobre a atenção aos usuários de drogas, sendo os hospitais psiquiátricos um destino para a internação dessas pessoas.

Segundo Machado (2006), “de acordo com levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 2004, foi, na década de 90, que se registrou a maior expansão desses dispositivos (comunidades terapêuticas) de tratamento” (p. 45). Concomitantemente, em 1990 foi criada a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e anos seguintes, em 1994, foi criada a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB), duas federações que junto ao apoio do CONAD e da SENAD contribuíram para a organização dessas instituições.

Com o CONFEN e as Federações de Comunidades Terapêuticas, iniciou-se o processo de estabelecimento de normas mínimas de funcionamento das comunidades terapêuticas que culminou com a publicação, em 2001, da Resolução nº 101 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Por meio dessa normatização, buscava-se evitar a “disseminação desorganizada de organizações que se denominavam comunidades terapêuticas e que eram depósitos que exploravam os dependentes e suas famílias” (FEBRACT, 2005). A ausência do poder público na prestação da assistência a usuários de álcool e outras drogas possibilitou o surgimento de uma diversidade de propostas assistenciais, algumas vezes, desprovidas de sustentação técnica e ética. (MACHADO, 2006, p. 45)

Anterior a tal publicação, Machado (2006) explica que a primeira ação da SENAD, instituída em 1998, foi a realização do I Fórum Nacional Antidrogas, onde:

(...) com a presença de mais de 2000 pessoas. Nesse Fórum, se apresentaram os segmentos mais organizados que atuavam na área de drogas: policiais, pessoas vinculadas às comunidades terapêuticas, profissionais ligados às comunidades científicas e pessoas ligadas aos projetos de redução de danos. Essa composição do Fórum se refletiu no seu produto final: a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Nesse documento, no Capítulo sobre Tratamento, Recuperação e Reinserção Social, não há nenhuma proposição de articulação entre a área de drogas e o setor de saúde do Brasil. As federações de comunidades terapêuticas, que se faziam presentes em maior número, reivindicaram e fizeram constar no documento a necessidade de se iniciar o processo de definição das normas mínimas de regulação das instituições de tratamento. (MACHADO, 2006, p. 49)

O evidente apoio da SENAD às CT's, que inclusive estiveram, de acordo com Machado (2006), como coordenadoras de grupos de trabalhos e oficinas nos três fóruns

nacionais antidrogas (1998, 2001 e 2004), favoreceu ao fortalecimento dessas instituições (p.53). Ao final da década de 90 “as comunidades terapêuticas, pela organização que alcançaram e pela sua vinculação a instituições religiosas, conseguiram exercer uma pressão junto às instituições governamentais, buscando se estabelecer como o modelo de tratamento do Brasil na área de drogas” (MACHADO, 2006, p. 52) e foi nesse período que se acentuaram os pedidos de financiamento público.

A Resolução nº 101/2001 da ANVISA, instituiu normas mínimas para o funcionamento dessas instituições, dispondo sobre a infraestrutura, equipe, o monitoramento/vigilância a essas instituições, critérios para tratamento e de elegibilidade e os procedimentos do serviço (como não imposição de crenças religiosas, permanência voluntária, garantia de alimentação nutritiva e cuidados de higiene, proibição de castigos, físicos, psíquicos ou morais, dentre outros).

Apesar da pressão política das comunidades terapêuticas junto ao governo federal, inclusive com apoio da SENAD, prevaleceu, no Ministério da Saúde, a posição daqueles que defendiam a inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no SUS. Em 2004, na reformulação da política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, ocorrida no mês de outubro, as comunidades terapêuticas receberam o estatuto de rede de suporte social (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004). Apesar das pressões dirigidas aos gestores do Ministério da Saúde, as comunidades terapêuticas permaneceram sem receber financiamento do SUS. (MACHADO, 2006, p. 54)

E Silva (2015) ressalta:

(...) que a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) – fórum de deliberação da política de saúde mental, da qual participam usuários, trabalhadores, gestores, academia e prestadores de serviços – também firmou posição em relação às comunidades terapêuticas e posicionou-se contrariamente à destinação de recursos públicos para essas instituições por reconhecer nelas e em sua prática a reprodução da lógica manicomial. (SILVA, 2015, p. 124)

No mesmo ano, 2010, com a criação do Programa “Crack é possível vencer”, as CT’s foram incluídas no Eixo Cuidado, sendo definidas como serviços de atenção de regime residencial transitório, sendo previsto habilitação e financiamento. No ano seguinte, em 2011, com a instituição da RAPS através da Portaria MS 3.088, as CT’s aparecem novamente como ponto de atenção residencial de caráter transitório, ao lado das Unidades de Acolhimento. De acordo com a RAPS, as CT’s estão definidas como “serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. No ano de 2012 foi publicada a Portaria do MS nº 131, que instituiu incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para

apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas.

Neste contexto, a partir do Programa “Crack é possível vencer”, faz-se importante ressaltar que no Estado de Minas Gerais, no ano de 2011, antes da publicação da Portaria que institui a RAPS, durante a gestão do então governador Antônio Augusto Junhos Anastásia (PSDB), foi regulamentada a ação governamental “Cartão Aliança pela Vida” através do Decreto 45.739/2011. De acordo com os “Planos Plurianual de Ação Governamental” (PPAG) do Estado de Minas Gerais, citado no “Relatório de Vistorias em Comunidades Terapêuticas do Programa Aliança pela Vida”, os orçamentos para os anos de 2014 e 2015 destinados para o Programa foi de 26.000.000,00 e 45.000.000,00, respectivamente. Destaca-se também o Decreto 44.107/2005, da gestão de Aécio Neves, que cria o Programa Complementar de Suporte Social na Atenção ao Dependente Químico, com objetivo de “estabelecer uma rede de cooperação com entidades e grupos da sociedade civil” (MINAS GERAIS, 2005), o que se presume ser, predominantemente, as comunidades terapêuticas. Nessa perspectiva, Lopes (2015) apresenta alguns dados relevantes para se entender o panorama do avanço das CT’s no Estado de Minas Gerais, sendo esse um retrato nacional.

O “Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil” localizou 1.798 CT no país, sendo 543 delas instaladas no estado de Minas Gerais, conforme dados de março/2013 (www.mapa-ct.ufmg.br) ou seja, em torno de 30% das CT recenseadas encontram-se no estado de Minas Gerais.

Dos municípios mineiros, 158 estão realizando internações com mais 35 comunidades terapêuticas contratadas, contabilizando mais 570 vagas para internações. (p. 49)

Sobre o Programa Aliança pela Vida, no período de agosto a setembro de 2015 foram realizadas, vistorias em 42 CT’s, as quais, das 74 credenciadas ao Cartão Aliança pela Vida, estavam em iminência de vencimento contratual. Cabia à Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas o controle e a regulação do serviço prestado por essas instituições, contudo, as primeiras medidas de fiscalização ocorreram somente na gestão 2015-2018, contando também com outros representantes. Os dados encontrados nessas vistorias apontam, em maior ou menor grau, violações de direitos em todas as instituições vistoriadas. Foram encontradas uma série de irregularidades, para além do descumprimento das normas e legislações do Programa, como: punições físicas, psicológicas, constrangimentos e maus-tratos, violações do direito à liberdade, privacidade e à livre circulação, violações do direito à saúde (negligência a cuidados de saúde, ausência de projeto terapêutico, ausência de articulação com a rede SUS, dentre outras), violações de direitos dos adolescentes, exploração de mão de obra, trabalho compulsório, falta de segurança no

trabalho, alimentação e estrutura física de péssima qualidade. Em algumas CT's havia ausência de profissionais com formação adequada, sendo os trabalhadores ex- internos, sem vínculos formais de trabalho. Em relação ao financiamento foi constatado que “71,42% recebem financiamento público de duas ou mais fontes” (SES, 2016, p. 11).

No nível nacional, no ano de 2011, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) realizou a “4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas”, tendo como foco as Comunidades Terapêuticas de todo país, totalizando 68 unidades inspecionadas em 24 Estados mais Distrito Federal. Tendo em vista as inúmeras denúncias recebidas sobre as CT's, uma das razões que levou o CFP a decidir pela inspeção nessas instituições foi também a necessidade de se deslocar a premissa da “internação, inclusive compulsória, como recurso primeiro e exclusivo de tratamento, a existência de uma epidemia de consumo de crack e o retorno à segregação como modo de tratar o problema da adição de drogas” (CFP, 2011, p. 189). O relatório traz como questão a contrariedade da assistência prestada nessas instituições, tendo como pressuposto de qualquer política pública o respeito a cidadania dos usuários. Elencam-se alguns destaques, como a dificuldade de acesso às CT's, imposição de normas e regras, ruptura dos laços afetivos e sociais, impedimento de comunicação com o mundo externo, imposição de credos e atividades religiosas, ausência de promoção da saúde, uma vez que em poucas instituições foram encontrados profissionais da saúde e/ou profissionais formados, mas com atuação submetida a princípios religiosos, desrespeito ao direito de orientação sexual, interdição do direito à sexualidade, internações involuntárias e compulsórias, violência subjetiva, laborterapia, internação de crianças e adolescentes, mercantilização da saúde, uma vez que são encontradas diferentes hotelarias de acordo com o poder financeiro do interno ou sua família, falta de assistência às crises de abstinência, métodos de tortura e violência física, dentre outros. Além desses pontos, destaca-se que foram registrados:

[...] interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o teste de HIV – exigência esta inconstitucional –, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras, são ocorrências registradas em todos os lugares. Percebe-se que a adoção dessas estratégias, no conjunto ou em parte, compõe o leque das opções terapêuticas adotadas por tais práticas sociais. O modo de tratar ou a proposta de cuidado visa forjar – como efeito ou cura da dependência – a construção de uma identidade culpada e inferior. Isto é, substitui-se a dependência química pela submissão a um ideal, mantendo submissos e inferiorizados os sujeitos tratados. (Conselho Federal de Psicologia, 2011, p. 190).

Sobre normatização, em 2011, a ANVISA, através da Resolução RDC nº 29/2011, dispõe requisitos de segurança sanitários aplicáveis a todas as “instituições que prestem

serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, s/p.). Nesse documento, não se usou de forma direta a nomeação “comunidades terapêuticas”, em 2013 a agência publica a Nota Técnica Nº 055/2013 – GRECS/GGTES/ANVISA – “Esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa nº 29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas e entidades afins”, tratando sobre responsável técnico, gestão de pessoal e processo de admissão, como é possível observar nos trechos destacados do Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, publicado pelo CFP e outros:

[...] ao longo de 2014, discutiu-se uma minuta para regulamentação de comunidades terapêuticas no que tange à legislação das políticas sobre drogas, os Conselhos Federais de Psicologia e Serviço Social, entre outros, questionaram pontos do texto incongruentes com as diretrizes de atenção à saúde mental já definidas pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, dentre outras normativas e legislações que versam sobre a área. Em 2015, uma resolução foi publicada pelo Conad, caracterizando as comunidades terapêuticas como “entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa” (Res. PR/GSI/CONAD nº 1/2015). (Conselho Federal de Psicologia, et al, 2018, p.33)

Ainda em 2016, a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, incluiu comunidades terapêuticas na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde, tipificando-as como entidades sem característica de atendimento clínico, médico ou mesmo hospitalar ou internação psiquiátrica (Portaria SAS/MS nº 1.482/2016). A norma, em suma, integra as comunidades terapêuticas à rede complementar de atenção à saúde, ao passar a considerá-las como elegíveis ao cadastramento no CNES e, portanto, ao recebimento de recursos do Sistema Único de Saúde. Essa portaria foi objeto de debate no Conselho Nacional de Saúde (CNS), que recomendou ao Ministério da Saúde a revogação da normativa, questionando a legalidade de considerar comunidades terapêuticas como estabelecimentos de saúde. Porém, um membro do CNS apresentou recurso à recomendação, gerando impasse que se mantém no momento da publicação deste relatório. (Conselho Federal de Psicologia, et al, 2018, p.34)

Em dezembro de 2017, foi instituído o Comitê Gestor Interministerial (Portaria Interministerial nº 2), contando com membros dos Ministérios da Justiça e Segurança Pública, da Saúde, do Desenvolvimento e do Trabalho. O grupo foi criado na perspectiva de estabelecer critérios de regulamentação, ampliação e financiamento, com foco no acolhimento residencial transitório em CT's.

Meses antes a instituição do Comitê, em outubro de 2017, foram realizadas inspeções em CT's de 11 Estados brasileiros mais Distrito Federal, contemplando as cinco regiões do país, sendo visitadas um total de 28 instituições. A iniciativa partiu da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e do Conselho Federal de Psicologia

(CFP), que mobilizaram outras instituições (como a Ordem dos Advogados do Brasil, conselhos profissionais estaduais e municipais, dentre outros). Os objetivos das inspeções se alocam em dois pontos principais, “verificar e analisar as condições de privação de liberdade de pessoas internadas em comunidades terapêuticas, sobretudo a existência de violação de direitos; e analisar o *modus operandi* das instituições inspecionadas” (p. 50). Assim como as ações de acompanhamento das CT’s citadas anteriormente, o relatório dessas inspeções traz um olhar geral sobre o modo de atuação dessas instituições. O documento final, nomeado de “Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017”, foi publicado em 2018 com objetivo de convocar à reflexão e exigir a tomada de posição por parte do Estado e da sociedade civil. O relatório foi organizado em dez grandes áreas, das quais nove serão destacadas a seguir de maneira sintetizada. 1) O caráter asilar: restrições a livre circulação e ao contato com o mundo exterior, avalizados pela própria instalação das CT’s em locais de difícil acesso, com presença de muros, grades, portões e, em algumas, de vigilantes, impedimento de saídas, retenção de documentos e outros pertences, controle das ligações e violações de correspondências, avaliações morais e doutrinárias; 2) Privação de liberdade (internações): irregularidades nas internações involuntárias e compulsórias (como a ausência de laudo médico e de comunicados ao Ministério Público – nos casos de internações involuntárias – e ausência de dados sobre o interno), prática de internamento forçado feito pela própria equipe da instituição (práticas chamadas de “resgate”, “remoção”) e em alguns casos com participação de outros internos – o que pode configurar sequestro e cárcere -, internações compulsórias com aval judiciário, mas em desconformidade com a lei, nos casos de internação voluntária há registros de inviabilidades para a saída; 3) Aspectos institucionais: ausência de projeto terapêutico singular, atenção baseada na abstinência e em práticas religiosas obrigatórias (caracterizando violação de liberdade religiosa), utilização da laborterapia (práticas de manutenção do local, utilização da mão de obra para atividades externas sem remuneração, trabalho como mecanismo disciplinador, sendo um prática de trabalho forçado e em condições degradantes), trabalho como pena e punição, “12 passos”, ausência de orientação de cuidado e tratamento, ausência de protocolos e de projetos de desinstitucionalização (ausência de projetos para possibilitar as saídas da internação), falta de interlocução com dispositivos da rede de atenção a saúde, inclusive com dispositivos da RAPS, restrição de acesso a saúde (principalmente nos casos de mulheres, onde não se observa garantia de direito à saúde reprodutiva e sexual, não havendo disponibilidade de acesso a serviços de saúde preventiva com atenção as necessidades específicas de gênero), violação da norma sobre o período de internação, ausência de registros individuais (ausência

de prontuários e de preenchimento sistemático); 4) Fragilidades nas equipes de trabalho: escassez de profissionais para oferta de assistência integral, poucos profissionais com formação em saúde – configurando, em alguns casos, ausência de equipe técnica, recrutamento de profissionais sem remuneração, permanência de ex internos que assumem cargos (sem formalização), ausência de oficialização da prática de voluntários com o órgão público responsável, casos de desrespeito a legislação trabalhista/ indícios de violação de direitos trabalhistas, ausência de médico contratado e/ou médico plantonista nas CT's de natureza médica, administração irregular de medicações, indícios de violação ética no trabalho do profissional psicólogo; 5) Cotidiano e práticas de uso de força: rotina rígida, que não leva em conta as necessidades e condições individuais, práticas e atividades de participação obrigatória, castigos, punições e indícios de tortura, “execução de tarefas repetitivas, o aumento da laborterapia, a perda de refeições e a violência física. (...) práticas como isolamento por longos períodos, privação de sono, supressão de alimentação e uso irregular de contenção mecânica (amarras) ou química (medicamentos)” (p. 14), contenções, cercas altas e eletrificadas, câmeras de vigilância, trancamento dos internos durante a noite, equipes de segurança (em alguns casos ex internos ou internos que ganharam confiança), vistorias e práticas de revista (inclusive revista vexatória), violação à liberdade e diversidade sexual; 6) Internação de adolescentes: internação de adolescentes, presenças de crianças e adolescentes filhos de mães internas, adolescentes internados juntos com adultos, descumprimento de obrigações estabelecidas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), não observando garantias e direitos do adolescente, internações para cumprimento de demandas de isolamento social, encaminhamento de adolescentes por decisões judiciais, práticas de trabalho ilegal; 7) “Novos usos”: internações que não estão relacionadas as questões relativas ao uso de drogas – internações em casos de comportamentos considerados moralmente desviantes, transtornos psiquiátricos e mentais, deficiência intelectual, pessoas em situação de rua, pessoas idosas; 8) Infraestrutura e insumos básicos: ausência de alvará sanitário, problemas sanitários evidentes (banheiros sem manutenção, ausência de água quente e de água potável, dentre outros), descumprimento das normas dispostas pela ANVISA, problemas de infraestrutura (defeitos na estrutura, superlotação, uso de colchões no chão, falta de ventilação, falta de segurança nas instalações elétricas; 9) Financiamento: das 28 CT's inspecionadas, 18 informaram receber recurso ou doação de órgãos públicos (municipal, estadual ou federal).

No ano de 2018, em abril, foi publicado a Edital de Credenciamento da SENAD, que previa 6.000 vagas e em outubro foram ampliadas para mais de 9 mil, de acordo com

reportagem do site <http://portalms.saude.gov.br>. Ainda no mesmo ano, em outubro, foi instituído o Comitê das Comunidades Terapêuticas, no âmbito do Ministério da Saúde, através da Portaria GM N. 3.449,

[...] com a finalidade de discutir, avaliar, propor ou alterar resoluções, portarias, normas técnicas e documentos congêneres no contexto da política pública sobre álcool e outras drogas que versem sobre aspectos gerais, modelos, parâmetros técnicos, regulação e certificação de organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, s/p.).

Em 2019, nos primeiros meses da presidência de Jair Bolsonaro, foi apresentado posicionamento favorável à ampliação dos leitos e investimentos do Governo Federal às CT's. Em comemoração aos 100 dias de governo foi assinado o documento que institui a chamada “Nova Política de Drogas”, prevendo credenciamento de cerca de 11 mil novos leitos em CT's com financiamento público.

6. RELATO DE EXPERIÊNCIA

6.1. A Unidade de Acolhimento na RAPS de Belo Horizonte

As Unidades de Acolhimento (UA's), ponto de atenção que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), foram instituídas pela Portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Disposta como equipamento de caráter residencial transitório, as UA's objetivam oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, acompanhadas nos CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas), em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar (BRASIL, 2015).

O município de Belo Horizonte, atualmente, conta com duas UA's, que receberam a inclusão do termo “Transitório”² no nome (Unidades de Acolhimento Transitório - UAT), sendo uma adulto, inaugurada em 2015, na regional Barreiro, e uma infanto-juvenil, na regional Nordeste, inaugurada em 2017. Ambos os serviços são resultado de convênios firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS), Governo Federal/Ministério da Saúde e, à época, a instituição Cáritas Brasileira. Neste trabalho, o relato será pautado na experiência da UA – adulto, serviço onde a autora trabalha desde abril de 2017 – delimitando até dezembro de 2018³.

² A adequação da nomeação do dispositivo se deu por avaliar a importância de marcar o caráter transitório no próprio nome do serviço, sendo uma escolha do município. No decorrer do trabalho, quando nas referências sobre o serviço de Belo Horizonte, será utilizado Unidade de Acolhimento transitório (UAT).

³ Em dezembro de 2018 o convênio da Secretaria Municipal de Saúde com a ONG Cáritas, que tinha parceria no Projeto Redutor, o qual a UAT faz parte, foi encerrado. O serviço ficou suspenso durante um período, retomando em formato provisório, devido a entraves na assinatura de um novo convênio.

Como previsto pela portaria, a UA adulto de Belo Horizonte recebe usuários com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos e que necessariamente estão em acompanhamento em um dos CAPS AD do município, nomeados na cidade de Centros de Referência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CERSAM AD). Conta com um limite de 12 vagas e recebe usuários dos quatro CERSAM's AD da cidade – CERSAM AD Barreiro, CERSAM AD Pampulha, CERSAM AD Nordeste e Centro Mineiro de Toxicomania (CMT)⁴. O serviço, que funciona 24 horas, conta com um(a) coordenador(a) com formação superior em saúde, equipe técnica de nível superior em saúde (dois técnicos de referência), articulador de território (profissional de nível superior) e agentes de ação social (nível médio, 10 profissionais, sendo 2 folguistas). O serviço funciona no espaço de uma casa, com quartos coletivos com acomodações e guarda roupas individuais, sala, banheiros, cozinha, sala multiuso, área de serviço, área externa, despensa/almojarifado, além de escritório e quarto de repouso profissional.

Localizada em um bairro popular na regional Barreiro, a UAT recebeu o nome de Unidade de Acolhimento Transitório – Casa da Travessia (UAT – adulto), e é mais uma casa na vizinhança, onde apenas a placa de identificação de serviço da prefeitura aparece como diferenciador das demais residências. Inserida em um território próximo a outros pontos da rede de saúde, como o Centro de Saúde, a UPA, o CERSAM AD, o acesso é facilitado a pontos de ônibus, comércio, escolas, a quadra de esportes da prefeitura, ao Centro Cultural, praças, etc.

A UAT não se configura como um serviço que recebe demanda espontânea, sendo a utilização desse serviço preconizada pela indicação do caso pelo CERSAM AD de referência para o usuário, sendo inicialmente uma construção entre o serviço de tratamento e o usuário, e depois com a entrada da equipe da UAT. Na maioria dos casos, até o momento foram poucas as exceções, após o técnico de referência e usuário traçarem a UAT como um possível recurso do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a indicação é discutida entre a referência e equipe da UAT. Esse momento é importante para que pontos do caso sejam transmitidos para a equipe e que conjuntamente seja pensado a função desse recurso dentro da proposta do PTS. Se após essa discussão a UAT se confirma como um recurso interessante para o caso, o usuário é convidado, juntamente com seu técnico de referência a conhecer o espaço da Unidade de Acolhimento Transitório, com o objetivo de transmitir melhor a proposta do serviço, mostrar

⁴ Em dezembro de 2018 o convênio da Secretaria Municipal de Saúde com a ONG Cáritas, que tinha parceria no Projeto Redutor, o qual a UAT faz parte, foi encerrado. O serviço ficou suspenso durante um período, retomando em formato provisório, devido a entraves na assinatura de um novo convênio.

sua localização, que território é esse, quais os outros usuários que já estão inseridos no dispositivo. Essa visita é entendida como um momento de “contratualização” da parceria entre usuário, CERSAM AD e UAT, no qual os combinados⁵ que regulam a convivência na UAT são lidos, debatidos e assinados. Após visita, o usuário tem a possibilidade de reavaliar e rediscutir sobre a sua ida e caso queira experimentar por alguns dias a estadia nesse espaço, sem maiores formalidades, esse pode também ser um combinado. As chegadas acontecem no dia da assembleia, que tem ocorrido regularmente às segundas feira, possibilitando que o usuário seja recebido e se apresente para um número maior de trabalhadores e usuários.

Após a chegada à UAT, o usuário continua sendo acompanhado e conduzido pelo CERSAM AD de referência, seguindo o combinado de tratamento construído junto ao serviço – permanência dia, ambulatorio ou intensivo/ hospitalidade noturna. Um dos “combinados de boa convivência” reforça que o vínculo e o comprometimento com o local de tratamento é fundamental para estar na UAT, portanto, também não trabalhamos com “encaminhamento” para a UAT, pois não se trata da transferência do cuidado, e sim da indicação do equipamento como mais um recurso do PTS. Atualmente, como a UAT está inserida no território do Barreiro e atendendo os 4 serviços da cidade, além do acompanhamento dos casos em cada serviço de referência, o CERSAM AD Barreiro é um serviço de retaguarda para todos os casos que estão na UAT. Em situações de maior urgência ou emergência, onde o deslocamento para o serviço de referência torna-se inviável, recorremos a essa retaguarda, onde os usuários podem receber o cuidado necessário de forma pontual.

Durante a semana, no período noturno, o coordenador do serviço fica em retaguarda telefônica, podendo ser acionado pelos plantonistas em situações que necessitem de suporte. No final de semana, os técnicos de nível superior e coordenador revezam semanalmente a retaguarda, que fica disponível por telefone de sexta a noite à segunda de manhã,, uma vez que não há a presença de trabalhadores de nível superior no serviço nesses dias. O trabalhador que assume a retaguarda telefônica deve estar acessível para contato durante todo o período, tendo disponibilidade para eventuais deslocamentos até o serviço. A UAT conta também com a retaguarda telefônica do Serviço de Urgência Psiquiátrica – SUP, que funciona das 19h às 7h todos os dias da semana. O SUP tem sido uma parceria importante para o serviço, dando suporte e orientando condutas em situações mais complexas ou nas quais se faça necessário algum suporte médico. Em situações de alterações clínicas, o suporte telefônico é feito a partir do contato com o SAMU, que, para orientações também tem sido um recurso importante e

⁵ Os chamados “Combinados de Boa Convivência” são orientadores para a estadia, convivência e trabalho na UAT, construídos coletivamente com contribuições de usuários e trabalhadores e sendo revisados quando avaliado-se necessário.

utilizado.

Durante este período, as articulações de casos e dos serviços (CERSAM's AD e UAT) foram feitas por telefone, em discussões presenciais entre os técnicos de referência e com a participação mensal da equipe da UAT em uma reunião de equipe de cada CERSAM AD. A equipe da UAT também manteve agenda nos Fórum de Saúde Mental da Regional Barreiro, participando das supervisões clínicas da rede e em alguns momentos das reuniões de microárea. Além disso, o coordenador mantém agenda nas reuniões municipais de gerentes de serviços de álcool e outras drogas. Com menor frequência a equipe se organiza para reuniões com a equipe do Centro de Saúde de referência para o serviço.

6.2. A equipe

Os Agentes de Ação Social (AAS), profissionais de nível fundamental ou médio, fazem a cobertura 24 horas do serviço, em escala de 12x36, com presença mínima de 2 por turno – a equipe é composta por dois profissionais folguistas, que, por vezes, são os terceiros nos plantões. A cada troca de turno é realizado a passagem de plantão e em alguns momentos a equipe de técnicos de nível superior realiza discussões de casos junto aos AAS, destacando uma das funções dos técnicos, que é orientar os AAS em relação a cada caso. Para além dos cuidados com o espaço, com os recursos (financeiros, vales sociais, etc), os AAS auxiliam os usuários no cotidiano da casa, em atividades externas, e também são figuras ativas na construção e condução dos casos. Os AAS, por passarem períodos mais extensos na casa, criam importantes vínculos com os usuários, construindo uma proximidade singular, o que possibilita manejos diversos e a percepção de elementos dos casos e de suas histórias de vida, que são pontos importantes para a construção do caso. O acompanhamento do PTS de cada usuário na UAT é também de responsabilidade dos AAS, que orientados pela equipe de nível superior e coordenação, dá suporte aos usuários em seus planejamentos, organizações e compromissos. Na perspectiva de um serviço em formato residencial, a presença em tempo integral de profissionais sem formação em saúde possibilita maior experiência de casa, desconstruindo-se a imagem de um suposto saber técnico e valorizando-se o lugar do vínculo, das relações horizontais, da experiência e saber de cada um. Contudo, não quer dizer que seja um trabalho sem orientação, pois cabe aos técnicos e coordenação orientarem, auxiliarem e construir espaços de formação para esses trabalhadores.

Os técnicos de nível superior, tem se organizado como técnicos de referência para os casos na UAT. Esses profissionais tem função central nas articulações com os CERSAM's

AD, principalmente com os técnicos de referência de cada caso que se encontra na UAT, fundando o trabalho em parceria. É peça importante também na articulação de outros pontos da rede de saúde e rede intersetorial. A nomeação técnico de referência⁶ vem sendo discutido pela equipe, visto assumir a mesma nomeação dos profissionais dos CERSAM's, mas com atribuições diferentes na UAT. Contudo, no cotidiano do trabalho, em um dado momento, essa composição foi organizadora para os usuários e para a equipe, que passou a direcionar melhor as demandas e construções do caso. Toda a equipe se compromete com os cuidados e acompanhamento dos usuários que estão no serviço, sendo importante que todos saibam da história e do PTS de cada usuário. Contudo, esse lugar de referência para o caso parece possibilitar maior entrada e vínculo mais estreito, uma espécie de vínculo transferencial, de confiança e de parceria. A partir do acompanhamento diário dos usuários no cotidiano de uma casa e das percepções dos AAS, é possível ao técnico ir reconhecendo as questões e pontos importantes de serem trabalhados. Nesse sentido, a convivência aparece como desafio em muitos casos, trazendo aspectos importantes de cada sujeito, sobre seu modo de se relacionar, comunicar, lidar com as diferenças, com as facilidades e dificuldades dos demais e aspectos diversos da vida social.

Temos apostado na integração de um profissional articulador de território, mas ainda não foi possível experienciar uma construção temporal da função desse profissional devido a questões de organização contratual. Tivemos um trabalhador com carga horária integral para o cargo (30h/semana) durante os 3 últimos meses de 2018, sendo figura importante tanto para o território interno da casa, mas principalmente para as articulações externas.

O coordenador para além da função de coordenar o serviço, a equipe e de organizar as questões administrativas/burocráticas internas e com a instituição conveniada e a Secretaria Municipal de Saúde, é uma presença organizadora para os usuários do serviço. Desse modo, o coordenador também acompanha os casos numa perspectiva mais próxima do que em outros pontos da rede, propiciando a construção de vínculos, que na prática da UAT é onde se encontra o “ganho substantivo do trabalho”⁷.

O coordenador, os técnicos e o articulador de território mantêm reuniões regulares, normalmente uma vez por semana, nas quais cada caso é discutido de forma aprofundada, sendo compartilhadas orientações e encaminhamentos sobre cada usuário. Nessas reuniões também são tratadas as questões do cotidiano e da relação com os outros serviços parceiros

⁶ Atualmente o serviço não tem se organizado com técnicos de referência para os casos, empregando as técnicas de nível superior a nomeação de “costureiras”, que vão alinhando os casos e a rede de maneira compartilhada.

⁷ Rui, 2014, p. 110.

sendo pensadas, de forma conjunta, estratégias para impasses internos e externos, alinhando de forma cuidadosa as orientações para toda equipe. Mensalmente é realizada uma reunião geral de equipe, onde, por vezes, são tratados temas predefinidos que atravessam a prática, impasses do cotidiano e, com prioridade, os casos, sendo um momento rico para compartilhar as percepções de cada um sobre o momento dos casos e as construções que tem sido trabalhadas.

6.3.O cotidiano na UAT – adulto

No cotidiano da UAT, um compromisso semanal que todos tem é a assembleia, que conta com participação dos usuários e trabalhadores. É um espaço de construção conjunta desse dispositivo, onde são discutidas questões do cotidiano da casa, do coletivo, os impasses e avanços na convivência, o recurso financeiro, a política, a relação com os trabalhadores, o compromisso com o tratamento, a agenda cultural da cidade, as comemorações, as visitas e diversos outros pontos que se inscrevem no cotidiano de uma casa, de um serviço que funciona no formato de casa. Os “Combinados de Boa Convivência”, por vezes, são também discutidos durante as assembleias de forma direta ou a partir de alguma situação ocorrida – em alguns momentos são realizadas reuniões específicas para a discussão e revisão dos Combinados. O desafio da construção coletiva muitas vezes aparece na própria assembleia, principalmente diante a dificuldade de alguns usuários em determinados momentos de participarem dessas construções. A equipe tem buscado formas de possibilitar que o espaço da assembleia seja um espaço mais convidativo, tentando encontrar junto com os usuários funções e sentidos singulares que gerem ressonância para o coletivo. Destaca-se que a assembleia é um espaço em que se preza a democracia, sendo importante escutar os diversos posicionamentos e respeitá-los, entendendo que esse é um espaço de construção conjunta. Em episódios que impossibilitem que a assembleia aconteça no dia agendado, busca-se remarca-la para outro dia ainda na mesma semana e, na ocorrência de alguma situação inesperada, assembleias extraordinárias são realizadas com os presentes no momento. A assembleia é um espaço deliberativo, portanto, os presentes em cada assembleia tem autonomia para propor e construir combinados, que podem ser revistos numa próxima assembleia. É também na assembleia que organizamos os cuidados da casa para o decorrer da semana, a partir da disponibilidade de cada usuário e buscando sempre contemplar atividades coletivas, que envolva usuários e trabalhadores. Todas as assembleias são registradas em ata e assinadas por todos os participantes – aqueles que porventura não participaram tem acesso ao registro para se inteirarem das discussões.

Como dito anteriormente, os usuários que chegam a UAT seguem com o acompanhamento no CERSAM AD, permanecendo com atendimentos regulares com seus técnicos e médicos de referência. Os medicamentos são prescritos pelo serviço especializado e na UAT a administração e controle são auxiliados por toda equipe, dentro da demanda de cada usuário. A proposta é de não se armazenar nenhum tipo de medicamento não prescrito nesse serviço e qualquer situação que prescinda atenção especial, tal cuidado será articulado com outros pontos da rede (CERSAM AD, Centro de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento – UPA, etc). Os usuários que tem maior dificuldade em administrar o medicamento corretamente optam por deixar a medicação com a equipe e, nesses casos, utiliza-se uma planilha de controle. Possibilidades alternativas à medicação, como o uso de plantas medicinais, são sempre discutidas, na maioria das vezes puxadas pelos próprios usuários, que compartilham experiências e tradições de uso. Em alguns momentos os chás de plantas do quintal são recurso interessante para alguns quadros e a proposta de uma horta medicinal constantemente tem sido pauta.

A dinâmica do serviço é mutável, não há uma prática pautada em procedimentos, pelo contrário, como Merhy (2002) nos ensina é uma prática de trabalho vivo em ato, onde toda equipe orienta-se através da utilização de tecnologias leves. Vínculo, escuta e palavra são valiosas ferramentas cotidianas. Desse modo, temos experimentado um serviço que é construído e modificado a partir da chegada e saída de cada usuário, sendo um espaço implicado pela imprevisibilidade que só permite produção a partir dos sentidos que cada um dá para a função do equipamento. Portanto, é um serviço que vem descobrindo inúmeras funções e possibilidades, seja para se encontrar com um espaço de casa, um espaço de proteção, de privacidade, de retomada de vínculos, de organização da rotina, de lembranças e memórias, mas imprescindivelmente temos como responsabilidade ofertar a possibilidade de se experimentar o habitar, a convivência, a redução de danos e o emprego de valor social a esses sujeitos. Um instrumento importante para a construção do cuidado e também organização do serviço é o livro de plantão, onde toda equipe faz registros sobre os plantões e as percepções sobre o momento de cada caso. É um instrumento importante para a comunicação e, conseqüentemente, para o alinhamento da equipe. Acerca do momento e da construção de cada caso, o registro é realizado em prontuário individual, de acesso a toda a equipe.

Temos localizado a alimentação como um dos principais recursos para trabalhar situações cotidianas com os usuários. Para ter o alimento a mesa, antes é necessário a construção coletiva do cardápio, considerando a renda que se tem para a compra, pensar a

lista de compras, ir ao supermercado, calcular o que vai ser possível trazer com os preços reais, preparar a refeição. Através do alimento também temos aprendido a explorar variadas estratégias de redução de danos, dando sentidos não só fisiológicos ao ato de alimentar.

A partir do PTS de cada usuário, cabe a toda equipe se organizar para auxiliá-los e acompanhá-los diante as demandas, sendo inúmeras as formas disso acontecer. Seja nos cuidados clínicos no Centro de Saúde e outros pontos da rede de saúde, na organização da documentação, nas pendências judiciais, na matrícula escolar, na circulação pela cidade e acesso a equipamentos de arte, cultura, lazer, na ressignificação de locais e do território de referência, na reaproximação familiar – com todos os percalços de se atravessar a cidade ou as fronteiras do município -, na possibilidade de uma relação menos danosa com a droga, na experimentação de outros tempos e intervalos, na construção de estratégias para as idas e vindas, dentre inúmeras outras. Em meio a essa gama de possibilidades a função do articulador de território ganha corpo e potencializa o caráter desse serviço de, por vezes, ser as pernas e braços para alcançar e traçar aquilo que na prática dos CERSAM's AD, devido a inúmeros motivos, fica limitado. A prática extramuros também perpassa as atividades dos técnicos de nível superior e dos AAS, como aqueles que se colocam ao lado e em meio ao caminho possibilitam novas formas de produção de saúde, de laço, de ressignificações e de sociabilidades.

O território se apresenta como rico recurso para estabelecer itinerários no laço social. As atividades cotidianas de ir ao supermercado fazer as compras do almoço e do jantar, ir à padaria, abrir conta nas mercearias e bares, estudar, iniciar uma atividade no Centro Cultural ou na quadra, a relação com os vizinhos, a parceria com o clube, permitem que sejam construídos sentidos para aquele território. A circulação pelo território como uma tecnologia leve tem possibilitado diversos circuitos, subscrevendo importante caráter de um serviço que funciona para fora, para além dos muros e alicerces do espaço da casa. O direito de ir e vir é respeitado e em momentos de maior fragilização, onde há cálculo clínico para a permanência ou direcionamento para outro ponto de cuidado, o manejo é feito pela palavra, buscando sempre respeitar a escolha e autonomia do usuário, mas construindo com ele uma estratégia de cuidado possível. A partir do território é possível explorar e trabalhar com os usuários a relação com o dinheiro, as relações sociais, a relação com a droga, a responsabilidade de cada um com a vizinhança e os parceiros, e também com o serviço. O cuidado com o território é também item dos combinados. No sentido desse combinado trabalhamos também sobre a relação com o tráfico de drogas, sendo o conflito com o tráfico da região um impeditivo para a permanência na UAT.

Nas entrelinhas de todos estes pontos trabalhados no cotidiano da UAT, partimos das premissas da política de redução de danos e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Toda intervenção parte do princípio da escuta, do respeito e da liberdade. A equipe vai sendo guiada pelo saber que cada usuário carrega sobre si, entendendo que as construções são diárias e singulares. Nesse manejo, vamos descobrindo que, apesar dos desafios da construção coletiva, que a partir do acolhimento como uma posição, uma orientação do trabalho, vamos construindo liberdade com responsabilidade, cidadania, novos horizontes temporais, quebrando o ciclo do imediatismo, o respeito ao outro, ampliando recursos para a convivência.

As saídas são construídas conjuntamente com os usuários, tendo o tempo de seis meses (orientado pela portaria) como um balizador importante, mas a experiência tem nos apontando a necessidade de tempos singulares também. Para isso, temos tentando manter conversas conjuntas (usuário, UAT e CERSAM AD) regulares, para que ao longo da estadia possamos ir alinhado o projeto e fazendo uma construção próxima, buscando entender a função de cada dispositivo em cada momento do caso. O município de Belo Horizonte dispõe de uma incipiente política de renda, trabalho e moradia, dado comprometedor para a construção de saídas de casos que necessitam do auxílio de outras políticas públicas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na travessia que efetuamos sobre a política de drogas brasileira, ao buscar remontar o panorama da sua construção, foi possível identificar algumas questões relativas ao paradoxo da instituição de duas propostas de intervenção antagônicas. As UA's são dispositivos mais recentes, mas foram criadas a partir da necessidade de oferta de um dispositivo de atenção de caráter residencial. O fato de se dispor um equipamento novo e, paralelamente, reconhecer uma proposta já existente e contraditória aos princípios da política, por si já poderia soar como uma questão. Isso, para além de uma discussão sobre o campo técnico, da assistência e ideológico, parece evidenciar que outros interesses se fazem presentes nesse campo. Inevitavelmente, recordamos do período da institucionalização da loucura, que, através da utilização de corpos não desejados à sociedade, encontrou uma forma lucrativa a partir da segregação dessas pessoas. A lucrativa “indústria da loucura”. Na atualidade, o usuário de drogas parece ser o bode expiatório da vez.

Nesta perspectiva e diante ao exposto no trabalho, podemos localizar que as duas propostas de atenção tratadas são antagônicas em relação aos próprios princípios que regem a política a qual se inserem, onde esses são respeitados ou não. Sobressai-se características de

condutas que visam o acesso e a garantia a direitos e a cidadania e, por outro lado, condutas violadoras de direitos, em que podemos discutir a partir de algumas questões, baseadas nas diretrizes legais da RAPS e de outros documentos orientadores, onde esses antagonismos se inscrevem. Há respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas? Há promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde? Há combate a estigmas e preconceitos? Há garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar? A atenção é humanizada e centrada nas necessidades das pessoas? Há diversificação das estratégias de cuidado? Busca-se o desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania? Há desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos, onde a abstinência pode ser uma escolha individual e não uma imposição? Preza-se a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares? Há propostas de estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado? O eixo central da proposta de cuidado é pela construção do projeto terapêutico singular? Há prática de “internação”, em qualquer de suas modalidades nesses locais? Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres são tratados e assegurados? Há presença de crianças e adolescentes em dispositivos voltados para o público adulto? Há obrigatoriedade de alguma prática de trabalho ou que fere a liberdade religiosa?

A opção por expor neste trabalho um relato de experiência sobre a UA revela a ausência de materiais sobre tais dispositivos, apontando também o déficit de discussões e visibilidade desse ponto de atenção no campo da saúde pública, frutos do baixo incentivo pelo Estado para adesão da proposta. Ao remontar o histórico da política de drogas é possível constatar que desde o início das discussões no campo da saúde, foco desse trabalho, houve pressão para que tal política e o seu financiamento fosse direcionado para as CT's. Assim, é importante reconhecer que as CT's estão se articulando nesse campo há muitos anos. Por outro lado, nota-se que a consolidação do modelo proposto de política nasce como uma construção contra hegemônica, portanto, podemos compreender que a contradição se dá na origem do debate.

Este trabalho se insere no campo da defesa e continuidade dos princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, da Política de Redução de Danos, uma vez que os ataques têm sido inúmeros e os retrocessos tem ganhado força - o cunho “total” parece retornar como imperativo, com a força de quem nunca se foi por completo. Diversas denúncias de violações de direitos vêm sendo explicitados através de relatórios, relatos de usuários e de alguns fatos expostos pela mídia. Contudo, ainda assim o fortalecimento de

determinadas instituições, com auxílio de verba pública em detrimento da ampliação e qualificação dos serviços 100% públicos, tem sido uma realidade no nosso país. Por esse caminho, qualifica-se também a discussão entre redução de danos e os métodos de imposição da abstinência, amparada por um viés moral e religioso sobre o uso de drogas. De acordo com Rui (2014), é importante ter em perspectiva tal histórico, assim como as disputas travadas entre os modelos de atendimento a usuários de drogas. Concluindo que, se há algo de novo nas propostas de redução de danos é o fato de que elas apontam para outro modo de o Estado entrar em contato com a população que, ao longo de toda a história brasileira, fora fundamentalmente vista ora como um problema legal ou policial, ora sob um viés moral.

No contexto da experiência apresentada, até o momento, vivemos o cotidiano de uma utopia que, no nível da gestão municipal, tem-se priorizado os serviços 100% públicos, orientados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, pela Luta Antimanicomial, pela lógica da Redução de Danos, respeitando os princípios do SUS – o que não quer dizer que o desmonte dos serviços não venha sendo feito (seja através da morosidade com a renovação de convênios, escassez de recursos humanos, diminuição dos salários de servidores contratados e ausência de concursos públicos, dentre outros). O primeiro serviço substitutivo aos manicômios da cidade foi inaugurado no início da década de 90, anos antes da publicação da Lei 10.216/2001, num momento em que a gestão municipal tinha um decidido posicionamento sobre os rumos da assistência em saúde mental da cidade. O primeiro serviço AD da rede pública municipal de Belo Horizonte, foi inaugurado no ano de 2008, o CERSAM AD Pampulha, lacuna que acabou dando espaço para a constituição de várias instituições de caráter asilar nos entornos e dentro do município e também da construção de uma perspectiva social sobre o tratamento de usuários de drogas.

No âmbito estadual, ainda que citado de forma breve, o Programa Aliança pela Vida, deixa evidente qual foi o posicionamento do governo estadual à época em relação à instituição de serviços residenciais de caráter transitório. Optou-se pelo incentivo e a ampliação das parcerias público-privadas com as CT's em detrimento do incentivo ao credenciamento das UA's junto ao MS. Exemplo concreto disso é o fato do baixo credenciamento de UA's no Estado, fato que pode ser constatado no próprio município de Belo Horizonte, que conta com apenas um dispositivo adulto para atender toda a cidade e tendo inaugurado somente no ano de 2018 o dispositivo infanto-juvenil. Não foi possível fazer um levantamento do real número de UA's habilitadas e em funcionamento no território estadual e nacional. Por outro lado, sabe-se que a partir do reconhecimento das CT's como pontos de atenção da RAPS o número dessas instituições aumentou, aumentando, consequentemente, as pressões exercidas por seus

representantes em relação ao financiamento público.

A manutenção dos convênios com as CT's é uma questão política, que subscreve o direcionamento que cada gestão vai dando perante a política de drogas. O conflito de interesses aparece na insistência de um discurso binário, onde a lógica do cidadão de bem, da moral, dos “direitos para humanos direitos” se sobressai diante a ralé social. Salvação, cura e uma grande bancada evangélica no congresso parecem vir dando o tom de como “bons messias” tratam a questão, fechando os olhos para os avanços e desenvolvimentos de práticas em outros países no nível da saúde pública. Mesmo com uma legislação vigente sobre internações, a prática é comum nesses espaços, aparelhadas, em alguns casos, pelo próprio Estado.

Experiências como a da UAT-adulto de Belo Horizonte apontam que é possível um serviço residencial para usuários de drogas funcionar dentro das diretrizes e princípios orientadores da RAPS, em parceria com a rede de saúde mental, álcool e outras drogas, com outros pontos da rede de saúde, com a rede intersetorial e com a comunidade. O trabalho a partir da lógica da redução de danos, que também entende a abstinência como um caminho possível, vem possibilitando a descoberta de inúmeras possibilidades no cotidiano da vida e na prática do cuidado. Parece-nos que esse é um caminho que apresenta maior cabimento, possibilidades singulares e, para além, o respeito à liberdade e à cidadania. O cuidado, quando feito na perspectiva da saúde, vai possibilitando a construção de vínculo, dando outros sentidos e valores a sujeitos que, na maioria dos casos, viveram inúmeras violações.

Dessa maneira, este trabalho não ousou esgotar o tema, mas organizar e sintetizar elementos que gerem reflexão, embasamento e questionamentos acerca do lugar do Estado na questão das drogas, na iminência de tratar-se de uma questão ética-política sobre o papel do governo.

Como se entou pelas ruas de Belo Horizonte no desfile do 18 de maio do ano de 2019: “o velho se esconde atrás no novo”. Portanto, estejamos “atentxs e fortes” diante a dita “nova política”, “novo governo”, pois é através da retirada de direitos, do desmonte do SUS, dos ataques à educação, do cheiro de lama, dos 80 tiros, dos retrocessos em torno das discussões sobre descriminalização e também da lucrativa escolha de fortalecer dispositivos como as CT's em razão de uma falsa epidemia das drogas, que projeto de controle de classes e de segregação de determinados povos é fortalecido. Como nos elucida Michelle Alexander (2017): “a guerra às drogas não teria sido declarada nos Estados Unidos (e tão rapidamente importada por outros países) não fosse pela raça e pela classe daqueles rotulados como inimigos”. Desse modo, nos parece importante discutir os meandros estruturais da

política de drogas brasileira, reconhecendo a necessidade de construir políticas públicas coerentes e democráticas.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, Michelle. A nova segregação: racismo e encarceramento em massa. 1 ed. – São Paulo: Boitempo, 2017.

ANVISA. NOTA TÉCNICA No 1/2011 Esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Brasília: 2011. Disponível em : <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+n%C2%BA+01+de+2011/fe65a47c-ae23-4cd6-a9be-bef63d0d30f9>

ANVISA. NOTA TÉCNICA Nº 055/2013 – GRECS/GGTES/ANVISA Esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa nº 29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas e entidades afins. Brasília: 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n%C2%BA+055+de+2013/8e05482c-45ba-4f02-a84e-eb065184c601>

BRASIL. DECRETO Nº 4.294, DE 6 DE JULHO DE 1921. Rio de Janeiro: 1921. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html>

BRASIL. DECRETO Nº 14.969, DE 3 DE SETEMBRO DE 1921. Rio de Janeiro: 1921. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D14969.htm

BRASIL. LEI Nº 5.726, DE 29 DE OUTUBRO DE 1971. Brasília: 1971. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5726-29-outubro-1971-358075-normaatualizada-pl.html>

BRASIL. LEI Nº 6.368, DE 21 DE OUTUBRO DE 1976. Brasília: 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6368.htm

BRASIL. Decreto nº 85.110, de 2 de Setembro de 1980. Brasília: 1980. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-publicacaooriginal-1-pe.html>

BRASIL. LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Brasília: 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

MINISTÉRIO DA SAÚDE. III Conferencia Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo / Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsms.pdf>

BRASIL. LEI Nº 10.409, DE 11 DE JANEIRO DE 2002. Brasília: 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10409.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf

BRASIL. LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006. Brasília: 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm

BRASIL. DECRETO Nº 7.179, DE 20 DE MAIO DE 2010. Brasília: 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm

BRASIL. *Crack, é possível vencer*. Brasília: 2011. Disponível em: https://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/docs_oficiais/1_D_2013_Crack%20possivel_vencer_estrategia_completa.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica, Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília: 2011. 106 p.. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO/MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>

LOPES, Filipe de Mello. *As novas comunidades terapêuticas e as velhas políticas sobre “drogas” no Brasil: um estudo de caso sobre a “Aliança pela Vida”*. 2015. Universidade Federal de São João Del Rei, São João Del Rei – MG. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/FILIPPE%20DE%20MELLO%20LOPES.pdf>

MARQUES, Alexandra. Reportagem: Centro Mineiro de Toxicomania é habilitado pelo Ministério da Saúde como Caps Ad 3. Dezembro, 2018. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/10820-centro-mineiro-de-toxicomania-e-habilitado-pelo-ministerio-da-saude-como-caps-ad-3>

MACHADO, A. R. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. 2006. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde

Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-6Y7K78>

MERHY, Emerson. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. 1988. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/33023409_A_perda_da_dimensao_cuidadora_na_producao_da_saude_uma_discussao_do_modelo_assistencial_e_da_intervencao_no_seu_modo_de_trabalhar_a_assistencia

MINAS GERAIS. Lei nº 11802, de 18 de janeiro de 1995 (texto atualizado). Governo do Estado de Minas Gerais. Minas Gerais: 1995. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Lei_11802.pdf

MINAS GERAIS, Decreto nº 44.107, de 14 de setembro de 2005. Disponível em: <http://leisestaduais.com.br/mg/decreto-n-44107-2005-minas-gerais-cria-o-programa-rede-complementar-de-suporte-social-na-atencao-ao-dependente-quimico>

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/SENAD. EDITAL DE CREDENCIAMENTO - SENAD Nº 01/2018. Brasília: 2018. Disponível em: <https://justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/chamamento-publico/chamamento-publico-senad-no-01-2018/edital.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. Brasília: 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 1.190, DE 4 DE JUNHO DE 2009. Brasília: 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO - RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011. ANVISA. Brasília: 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012. Brasília: 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012. Brasília: 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. Brasília: 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 3.449, DE 25 DE OUTUBRO DE 2018. Brasília: 2018. Disponível em: <http://138.68.60.75/images/portarias/novembro2018/dia01/portaria3449.pdf>

MINISTÉRIO DE ESTADO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E DO TRABALHO. Portaria Interministerial Nº2, de dezembro de 2017. Brasília: 2017. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. In: TAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho (orgs). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas, Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

RUI, Taniele. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE; SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO. RESOLUÇÃO CONJUNTA SEDS SES SEDESE Nº 150, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Minas Gerais: 2011. Disponível em: <http://ws.mpmg.mp.br/biblio/informa/271016533.htm>

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Relatório de Vistorias em Comunidades Terapêuticas do Programa Aliança pela Vida. Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, 2016. Minas Gerais: 2016.

SILVA, Rosimeire Aparecida da. Reforma psiquiátrica e redução de danos [manuscrito]: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam. / Belo Horizonte: 2015. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-A8TMQE/disserta_o_vers_o_final_para_impress_o.pdf?sequence=1