

FÓRUM DAS JUVENTUDES DA GRANDE BH

Monitoramento de políticas públicas para o atendimento a adolescentes e jovens em situação de uso e abuso de álcool e drogas em Belo Horizonte

Belo Horizonte

Julho de 2015

FÓRUM DAS JUVENTUDES DA GRANDE BH

Monitoramento de políticas públicas para o atendimento a adolescentes e jovens em situação de uso e abuso de álcool e drogas em Belo Horizonte

Pesquisa realizada como parte do projeto “Juventude, Comunicação e Políticas de Saúde: Incidência e Prevenção contra a Violência e o Abuso de Drogas”, iniciativa da ONG Cipó em parceria com o Ministério da Saúde e coletivos juvenis de Belo Horizonte, Curitiba, Recife e Salvador.

Belo Horizonte

Julho de 2015

A dimensão do consumo de substâncias psicoativas tem levado as diversas políticas, na última década, à renúncia de ações reducionistas, unilaterais e proibicionistas. Fatores como o aumento da oferta e da procura por substâncias psicoativas, as novas formas de consumo e de tipos de drogas, o grave contexto de riscos sociais e vulnerabilidades de diversas naturezas, dentre outros, tornaram clara a necessária passagem de uma postura restritiva de guerra às drogas para a composição e compartilhamento entre as diversas áreas, para busca de uma pluralidade de pressupostos, de interfaces e de ações integrais exigidas pela complexidade do fenômeno (TOTUGUI et al., 2010).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIC – Associação Imagem Comunitária

BH – Belo Horizonte

CAPS-AD - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPUT - Centro de Atendimento e Proteção a Jovens Usuários de Tóxicos

CEPAI - Centro Psíquico da Infância e Adolescência

CAPS-i - Centro de Atenção Psicossocial da Infância e da Adolescência

CERSAM-AD - Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas

CERSAM-i - Centro de Referência em Saúde Mental Infantil

CIA - Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional

CMT - Centro Mineiro de Toxicomania

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAD - Centro de Referência Estadual e Drogas

CREAS/POP - Centro de Referência Especializado da Assistência Social para a População de Rua Infante-Juvenil /Unidade Miguilim

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CT's - Comunidades Terapêuticas

ESF – Equipe de Saúde da Família

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

NAMSEP - Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas

ONG – Organização não governamental

PAD - Programa de Atendimento Domiciliar

PAM - Posto de Assistência Médica

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RMBH – Região Metropolitana de Belo Horizonte

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SRTs - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

SUASE - Subsecretaria de Estado de Atendimento as Medidas Socioeducativas

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	7
METODOLOGIA	9
1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL.....	13
2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM MINAS GERAIS.....	16
2.1 Centro de Atendimento e Proteção ao Adolescente Usuário de Tóxicos (CAPUT).....	18
2.2 Centro Mineiro de Toxicomania (CMT)	22
2.3 Centro Psíquico da Infância e Adolescência (CEPAI)	24
2.4 Hospitais psiquiátricos Galba Veloso e Raul Soares	25
2.5 Equipamentos para orientação de usuários/as e/ou pesquisa.....	26
2.5.1 Centro de Referência Estadual em Álcool e Drogas (CREAD).....	26
2.5.2 Centro de Acolhimento SOS Drogas	26
2.5.3 Observatório Mineiro de Informações sobre Drogas (OMID)	26
3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM BELO HORIZONTE.....	27
3.1 Programa Recomeço	27
3.1.1 Ações Estruturantes	28
3.1.2 Ações de tratamento	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	49

APRESENTAÇÃO

Criado em 2004, o Fórum das Juventudes da Grande BH é uma ampla articulação de coletivos, movimentos, ONGs, ativistas autônomos/as e educadores/as engajados na luta pelos direitos das juventudes e pela construção de políticas públicas com essa perspectiva em Belo Horizonte e RMBH. Ao longo da sua trajetória, o Fórum vem pautando debates e investindo em ações de mobilização, comunicação, formação e articulação junto às juventudes, buscando, com isso, o exercício do controle social sobre as políticas públicas de juventude na Grande BH.

Em maio de 2014, o Fórum foi convidado pela ONG Cipó – Comunicação Interativa para participar do projeto “Juventude, Comunicação e Políticas de Saúde: Incidência e Prevenção contra a Violência e o Abuso de Drogas”, com o apoio do Ministério da Saúde. Por meio dessa iniciativa, organizações e/ou coletivos juvenis de quatro capitais do país (Recife, Salvador, Belo Horizonte e Curitiba) realizaram, em seus respectivos territórios de atuação, o monitoramento de políticas públicas na área de saúde, especialmente no que diz respeito ao uso e abuso de álcool e outras drogas.

Como primeira etapa dessa parceria, participamos de uma Oficina em Monitoramento de Políticas Públicas, conduzida por Débora Didonê e Nilton Lopes, integrantes da ONG Cipó. Estiveram presentes, também, representantes das ONGs Oficina de Imagens – Comunicação e Educação e Associação Imagem Comunitária (AIC); das Brigadas Populares de Minas Gerais; do Observatório da Juventude da UFMG e dos Coletivos Cabeçativa e Conexão Periférica, grupos que integram o Fórum. O encontro aconteceu na sede da Oficina de Imagens, em Belo Horizonte, no dia 28 de maio de 2014.

Na ocasião, foram discutidas as estratégias já utilizadas por jovens do Subúrbio Ferroviário, em Salvador, para o monitoramento de políticas públicas em seu território. Também foi realizada uma leitura orientada do *Guia de Atitude – Reflexões e Práticas para o Monitoramento e a Ação Política*, produzido pela ONG Cipó e pela Rede Sou de Atitude. Desenvolvemos, ainda, um planejamento com objetivos, ações, prazos e responsáveis pelas tarefas da respectiva pesquisa em Belo Horizonte, além da definição dos formatos de apresentação do resultado, quais sejam, um relatório final e produtos/atividades de comunicação.

INTRODUÇÃO

O tema das drogas é de grande relevância para as discussões sobre políticas públicas no Brasil e no mundo, uma vez que impacta diretamente a vida das pessoas, sendo elas usuárias ou não. Essa afirmação é válida não apenas quando o foco da discussão recai sobre o uso abusivo do álcool e de outras drogas e sobre as consequências disso para o/a usuário/a e as pessoas do seu convívio, mas, e principalmente, quando se leva em conta a complexidade do tema, cuja análise requer a adoção também de uma perspectiva histórica e política. Em outras palavras, as questões da drogadição, do perfil dos/as usuários/as, da oferta, demanda, comércio e criminalização de substâncias manifestam-se de diferentes formas e segundo o contexto em análise. Por isso, a construção das políticas públicas de álcool e outras drogas deve necessariamente proporcionar a articulação entre as variadas áreas de políticas sociais, bem como a participação permanente da sociedade civil em sua elaboração, execução e avaliação.

O presente relatório busca contribuir para essa perspectiva, ao trazer os resultados de uma pesquisa de monitoramento de políticas públicas para o atendimento a adolescentes e jovens em situação de uso e abuso de álcool e outras drogas em Belo Horizonte. Os objetivos, o escopo e o alcance da pesquisa foram delineados a partir da constatação, por parte do Fórum das Juventudes, de que eram necessários tanto o levantamento de dados e informações acerca do tema no âmbito da capital mineira, quanto a ampliação do acúmulo sobre a questão. O assunto já vem sendo abordado pelo coletivo há algum tempo devido à estreita ligação com o contexto de violações dos direitos das juventudes e, mais especificamente, à incidência de mortes violentas entre os/as jovens brasileiros/as.

Nesse sentido, o objetivo principal da pesquisa foi o de *mapear políticas, equipamentos e serviços voltados à questão do álcool e outras drogas e identificar os fluxos de atendimento a crianças, adolescentes e jovens em situação de uso e abuso dessas substâncias no município de Belo Horizonte*. Entre os objetivos específicos, destacam-se: oferecer um panorama geral da oferta de políticas, equipamentos e serviços de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas em BH; proporcionar um processo de formação sobre o tema aos/as integrantes do Fórum; suscitar o debate junto à sociedade civil e ao público jovem, buscando a desnaturalização, a desmistificação e a desmoralização de discursos

comumente associados à temática; dar visibilidade à pauta das políticas públicas de álcool e drogas voltadas especificamente a adolescentes e jovens; e, por fim, publicizar os resultados da pesquisa através de produtos de comunicação.

METODOLOGIA

Para dar início à pesquisa, foi formado um grupo de trabalho entre integrantes do Fórum, que ficou responsável pelo planejamento, execução, sistematização e produção do relatório final e demais produtos. O grupo se encontrou periodicamente para discutir cada etapa, dividir tarefas e propor eventuais adequações. Ao longo do processo, o grupo realizou três reuniões por videoconferência junto à equipe da ONG Cipó, tendo sido a mesma acionada em outros momentos, sempre que necessário. A partir da definição dos objetivos e do escopo da pesquisa, bem como da construção do plano de ação, foram desenvolvidas as seguintes etapas:

1. Pesquisa documental

Entre os meses de agosto a outubro, foi levantada uma série de publicações, pesquisas, legislações e outros documentos oficiais relativos ao tema. Como exemplo, citamos o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas [Lei 11343/2006] e portarias afins; pesquisas sobre o panorama do consumo de drogas na adolescência [tipo de droga, contexto de uso e abuso, etc.] e o perfil de usuários/as de serviços e equipamentos públicos correlatos; mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atendimento sobre questões ligadas à droga.

2. Encontros formativos ampliados

Em parceria com as Brigadas Populares de Minas Gerais, um dos grupos que compõem o Fórum, foram realizados dois encontros formativos ampliados para a discussão do tema. O primeiro deles aconteceu em setembro de 2014 e contou com a presença de mais de 30 ativistas e profissionais ligados à política de atendimento a crianças, adolescentes e jovens usuários/as de álcool e drogas e também em cumprimento de medidas socioeducativas. O foco das discussões foi um [Novo Modelo de Política sobre Drogas](#), um dos eixos programáticos de nossa plataforma política Juventudes contra Violência. As discussões criticaram o proibicionismo, a repressão e a criminalização do uso de substâncias psicoativas,

características que estruturam o modelo das políticas públicas sobre o tema em todos os níveis de governo. Mais informações no link: <http://migre.me/oGYpd>

O segundo encontro foi realizado em outubro, para discutir o viés proibicionista presente na atual política sobre drogas. Os/as presentes também conversaram sobre o acesso à justiça e o encarceramento em massa decorrente do proibicionismo. O encontro contou com integrantes das Brigadas Populares, do Fórum das Juventudes e outros/as ativistas e profissionais envolvidos com o assunto. Mais informações no link: <http://migre.me/oGYQJ>

3. Levantamento de fontes e agendamento de entrevistas

Foram listados nomes de diferentes profissionais envolvidos/as com políticas de atenção a adolescentes e jovens em situação de uso e/ou abuso de drogas em BH, bem como ativistas atuantes em instâncias que discutem o tema, a exemplo da Frente Mineira sobre Drogas e Direitos Humanos e o Fórum Mineiro de Saúde Mental. Os entrevistados/as foram categorizados/as em nível municipal e estadual e também segundo o serviço/equipamento/instância no qual atuam. Além do agendamento das entrevistas, a equipe solicitou também uma visita ao respectivo equipamento, quando fosse o caso.

4. Elaboração de roteiros

Com base na pesquisa realizada, a equipe responsável pelas atividades de monitoramento elaborou um roteiro-base para a realização das entrevistas, com questionamentos sobre dados e informações gerais aos/as entrevistados/as. A partir deste documento, foram elaborados os roteiros específicos para cada entrevistado/a, de acordo com seu perfil, trajetória profissional e/ou ativista e outros tipos de contextualização importante aos nossos objetivos.

5. Realização e transcrição de entrevistas.

Foram realizadas 12 entrevistas entre os meses de fevereiro e março de 2015, sendo:

- a)** Gestores/as e profissionais ligados/as a serviços ou equipamentos da rede municipal:
- Arte-educador e redutor de danos do Consultório de Rua da regional Oeste;
 - Assistente social e referência técnica de Saúde Mental do Centro de Referência em Saúde Mental – Álcool e Drogas (CERSAM-AD), da regional Nordeste;
 - Assistente social e técnica do Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas (NAMSEP);

- Gerente de Monitoramento de Projetos da PBH e responsável pelo Programa Recomeço – Programa de Prevenção, Tratamento e Reinserção Social do Usuário de Drogas e sua Família;
 - Gerente do Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAM-i), da regional Noroeste;

 - Gerente do Centro de Referência Especializado da Assistência Social para a População de Rua Infante-Juvenil (CREAS/POP)/Unidade Miguilim;
 - Psicóloga e técnica de Saúde Mental em Unidade Básica de Saúde da regional Nordeste;
 - Psicóloga e referência técnica de Saúde Mental do Centro de Referência em Saúde Mental – Álcool e Drogas (CERSAM-AD), da regional Nordeste;
- b)** Gestores/as e profissionais ligados/as a serviços ou equipamentos da rede estadual:
- Psicóloga da Gerência Assistencial do Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), ligado à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG);
- c)** Representantes de organizações da sociedade civil ligadas aos temas da Saúde Mental, Álcool e outras drogas:
- Psicóloga, ex-coordenadora de Saúde Mental na PBH e integrante do Fórum Mineiro de Saúde Mental;
 - Integrante da Frente Mineira sobre Drogas e Direitos Humanos.
- d)** Representantes de serviços/equipamentos conveniados ao poder público estadual:
- Psiquiatra, psicanalista e coordenador clínico do Centro de Atendimento e Proteção a Jovens Usuários de Tóxicos (CAPUT).

A realização das entrevistas foi de fundamental importância para a elaboração deste relatório, tanto em relação ao levantamento de informações sobre as políticas, serviços, equipamentos e fluxos ligados ao atendimento de adolescentes e jovens em uso abusivo de

álcool e outras drogas em Belo Horizonte, quanto no que diz respeito à análise crítica dessas políticas. Os depoimentos de profissionais e militantes que atuam diretamente junto a crianças, adolescentes e jovens em situação de uso/abuso de álcool ou outras drogas foram, assim, indispensáveis para o entendimento desse panorama.

6. Infográfico interativo

Entre os possíveis produtos de comunicação associados aos resultados da pesquisa, o Fórum optou pela construção de um infográfico interativo que apresente de forma sucinta as principais informações sobre as políticas, equipamentos e serviços voltados à atenção de adolescentes e jovens em situação de uso/abuso de álcool ou outras drogas na cidade, com destaque para a descrição dos fluxos de atendimento. A opção por esse formato se deu pela possibilidade de traduzir as informações da pesquisa em uma linguagem acessível e atraente para jovens, possibilitando que esse público saiba como acessar tais serviços. A peça contribuirá, também, para uma divulgação mais ampliada da pesquisa junto aos públicos do Fórum, fomentando a discussão do tema junto à sociedade civil.

7. Relatório Final

O presente relatório foi redigido coletivamente por integrantes do Fórum e, para a sua elaboração, foram realizadas reuniões específicas para definir quais pontos mereceriam destaque e de que maneira as informações seriam apresentadas.

O documento está estruturado da seguinte forma: apresentação e introdução; primeiro capítulo, em que trazemos um panorama geral da discussão sobre a política de álcool e drogas no Brasil, com ênfase em seus principais marcos legais e diretrizes que orientam sua estruturação; segundo capítulo, em que é descrito o desenho da política no estado de Minas Gerais; terceiro, em que apresentamos as políticas e serviços ofertados no município, com foco no atendimento a adolescentes e jovens, bem como análises críticas a partir da fala dos entrevistados. Por fim, nas considerações finais, destacamos os principais pontos em relação à oferta de políticas e serviços de atendimento a adolescentes e jovens usuários/as de álcool e outras drogas.

8. Terceiro encontro formativo ampliado

Para apresentar a todo o coletivo do Fórum das Juventudes e parceiros/as os resultados da pesquisa, será realizado mais um encontro ampliado, de caráter formativo, para o qual serão convidadas também as pessoas entrevistadas, de maneira a proporcionar um debate aprofundado sobre o tema. Na ocasião, também haverá o lançamento do infográfico interativo. A previsão é de que o encontro aconteça no dia 27 de julho.

1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

O ano de 1978 é um marco para a luta de movimentos sociais brasileiros em prol dos direitos dos portadores/as de sofrimento mental. A partir de variados campos de atuação, é desse ano em diante que movimentos passam a protagonizar denúncias relativas às violações de direitos nos manicômios, à mercantilização da loucura e à hegemonia de uma rede privada de assistência. Além disso, iniciam a construção coletiva de uma crítica ao denominado “saber psiquiátrico” e ao modelo hospitalocêntrico tradicionalmente envolvidos na assistência às pessoas com transtornos mentais (MS, 2015).

Esse processo de luta dos movimentos sociais materializa-se, em 1989, no projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a progressiva extinção dos manicômios no país. Entretanto, a aprovação do projeto aconteceu somente doze anos após o início de sua tramitação, dando origem à Lei Federal nº 10.216, de 2001, popularmente conhecida como Reforma Psiquiátrica (MS, 2015a).

A Reforma Psiquiátrica é considerada um marco importantíssimo para a mudança de paradigma em relação ao cuidado e ao atendimento dos/as usuários/as de álcool e outras drogas. A partir dela, a atenção a essas pessoas passa a levar em consideração o tratamento em liberdade e a singularidade de cada sujeito. O parágrafo único do artigo 2º da mencionada lei exemplifica bem essa mudança, quando prevê que pessoas em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas devam:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Ainda como reflexo da Reforma Psiquiátrica, em 2002, o Ministério da Saúde implementa, a partir da Portaria GM/816, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo:

[...] o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (MS, 2015a).

Esse programa define estratégias específicas para o fortalecimento da rede de assistência aos/às usuários/as de álcool e outras drogas, tendo como ênfase a reabilitação e reinserção social dos mesmos (MS, 2015b).

Entretanto, mesmo contando com uma política orientadora e com uma rede estruturada de equipamentos e serviços para a atenção ao usuário há mais de uma década, a questão “álcool e drogas” somente ganha mais visibilidade a partir do alarde midiático em relação ao consumo do crack. Dissemina-se que o país estaria vivendo uma espécie de epidemia dessa droga, ainda que diversas pesquisas recentes comprovem que as substâncias psicoativas mais consumidas no Brasil são, progressivamente, o álcool, o tabaco e a maconha (BP, 2015).

Em resposta a esse cenário, o governo federal criou, em 2011, o Programa “Crack, é possível vencer”, que estabelece ações conjuntas entre os Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome para “o enfrentamento ao crack e outras drogas”, investindo aí recursos da ordem de R\$ 4 bilhões (MJ, 2015).

O programa em questão foi objeto de muitas críticas, principalmente por garantir financiamento público para as comunidades terapêuticas, opção já rejeitada pelas conferências de saúde e saúde mental¹. Além disso, a abordagem e o tratamento praticados nesses espaços, normalmente pautados no viés religioso, na abstinência, na privação do convívio social, opõem-se radicalmente aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, constituindo-se um retrocesso aos avanços obtidos no campo da saúde mental.

Corroborando tais críticas, a integrante do Fórum Mineiro de Saúde Mental e ex-coordenadora de Saúde Mental na Prefeitura de Belo Horizonte salienta que

[...] o combate ao crack gerou consequências à Reforma Psiquiátrica porque esta é um esforço de construção para outra realidade aos “loucos” e para a forma com a qual a sociedade se relaciona com a loucura, abandonando a tortura e respeitando os direitos dessas pessoas. O combate ao crack confronta esses princípios, porque propõe um modo de tratar absolutamente idêntico ao que faziam os velhos manicômios. E chega propondo a inclusão de uma instituição que funcione como qualquer manicômio, que são as comunidades terapêuticas. A Reforma nasce de um embate contra um “parque manicomial” constituído e privado e, quando começa a ganhar maior dimensão e substitui-lo, vem outra demanda impondo a criação de outro parque manicomial, direcionado para quem está fazendo uso de droga.

Também em 2011 foi criada a Portaria nº 3.088, do Ministério da Saúde, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Entre outras prerrogativas, o documento estabelece, em seu artigo 2º:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.

Entretanto, balanço divulgado em site do Ministério da Saúde aponta a existência de 7.541 vagas, distribuídas em 336 Comunidades Terapêuticas, em todo o país. Ao mesmo tempo, são apenas 54 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS-AD 24 horas) na rede nacional do programa (OC, 2015). Os números evidenciam a prevalência da opção por serviços amparados na abstinência e no afastamento social, em detrimento das políticas, equipamentos e serviços pautados na liberdade dos usuários.

¹As conferências de saúde, definidas e instituídas pela Lei 8.142/90, têm como atribuição avaliar a situação da saúde, propondo diretrizes para a formulação de tais políticas nas três esferas de governo. De forma análoga, as conferências de saúde mental constituem o foro maior de debates em torno de questões relacionadas a esta área específica de atuação (MS, 2003).

A partir das reflexões apresentadas, fica evidente que o programa “Crack, é Possível Vencer” caminha na contramão da Reforma Psiquiátrica, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas e da Rede de Atenção Psicossocial. Ademais, é importante frisar que, ainda que o governo federal disponibilize recursos para o financiamento de comunidades terapêuticas, fica a critério dos estados e municípios a inclusão, ou não, desse tipo de serviço na rede de acolhimento aos usuários de álcool e drogas. O número de comunidades terapêuticas constituídas em cada estado ou município é, assim, um importante indicador para a avaliação das políticas públicas que têm sido levadas a cabo por esses entes federados, especialmente no que diz respeito à saúde mental.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM MINAS GERAIS

Em Minas Gerais, a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas tem sido pautada pelo programa intersetorial “Aliança pela Vida”, vinculado à Coordenação Estadual de Saúde Mental, da Secretaria de Estado de Saúde, e também à Subsecretaria de Política sobre Drogas, da Secretaria de Estado de Defesa Social. Os recursos que garantem sua execução são provenientes de até 1% do orçamento de órgãos e entidades da administração pública direta, autárquicas e fundacionais, que, de acordo com o Decreto nº 45.551/2011 devem “elaborar, implementar e executar projetos que contenham ações interdisciplinares e transversais de políticas preventivas ao uso indevido de drogas” (COSEMS, 2015). O Programa estrutura-se em quatro áreas:

- Cartão Aliança Pela Vida;
- Território Aliança (implantação de consultórios de rua via convênio com entidades do terceiro setor);
- Aliança Local - PAD (Programa de Atendimento Domiciliar);
- Ações educacionais envolvendo especializações, seminários, oficinas, etc.

Dessas ações, duas merecem uma análise mais detalhada. A primeira é aquela que diz respeito ao “Cartão Aliança Pela Vida”, que envolve a realização de convênios e a consequente liberação de recursos públicos para as comunidades terapêuticas. Até abril de

2014, 357 municípios estavam cadastrados no Cartão, o que resultou em 1937 encaminhamentos às 42 Comunidades Terapêuticas cadastradas no estado (AGÊNCIA MINAS, 2015). Cabe ressaltar que o benefício não é ofertado às famílias dos usuários e sim às Comunidades: atualmente, cada instituição recebe R\$45,00 por dia em que o usuário fica recluso, totalizando R\$1350,00 por mês – um recurso que poderia ser destinado à execução de políticas genuinamente públicas.

Esse programa evidencia a tendência do governo estadual ao investimento em parceiras público-privadas, em detrimento da ampliação e efetivação de políticas, equipamentos e serviços públicos. Além disso, também é importante ressaltar que grande parte dessas comunidades é vinculada a alguma doutrina religiosa, o que nega e confronta a premissa do estado laico.

Um último aspecto a ser destacado é o fato de essas comunidades trabalharem na lógica da abstinência e do afastamento social. Em muitos casos, as pessoas ficam reclusas por meses e há relatos, inclusive, de práticas de tortura junto aos/às usuários/as, conforme apresentado em relatório de 2011 da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, realizada pelo Conselho Federal de Psicologia. Em tal inspeção, sete comunidades terapêuticas de Minas Gerais foram fiscalizadas e, em todas elas, constatou-se algum tipo de violação de direitos (CFP, 2011).

A outra análise se refere à ação denominada “Território Aliança”. Segundo relatos de trabalhadores da rede, bem como da população local, apenas uma ação foi executada no município de Belo Horizonte, na região da Pedreira Prado Lopes. Nesse mesmo território, já atuava uma equipe do Consultório de Rua municipal (ver item 3.1.2.6). A ação empreendida pelo governo do estado se deu em conjunto com a Polícia Militar, e os usuários de álcool e drogas foram convidados a deixarem as cenas de uso e serem encaminhados a comunidades terapêuticas.

Essa ação, segundo a psicóloga e ex-coordenadora de Saúde Mental na Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), “trouxe risco para atuação da equipe de Consultório de Rua em âmbito municipal”. Para ela, seria bastante difícil que os/as usuários/as entendessem que eram ações distintas. Depois desse episódio, foi necessário que a população local fizesse um manifesto, por escrito, solicitando que tal ação do estado fosse interrompida no território, visto que caminhava na contramão do Consultório de Rua coordenado pela PBH.

No âmbito do governo estadual, citamos também outros equipamentos, políticas e serviços voltados ao álcool e a outras drogas²:

2.1 Centro de Atendimento e Proteção ao Adolescente Usuário de Tóxicos (CAPUT)

Criado em 2012, a partir de um convênio com a Secretaria de Estado de Saúde (SES), por meio do programa Aliança pela Vida, o CAPUT se propõe a atender “adolescentes com histórico problemático, sintomático e abusivo da droga”, como define o psiquiatra e coordenador clínico do equipamento. O serviço é executado pela ONG Associação Imagem Comunitária (AIC) e foi inspirado em um projeto anterior da instituição chamado *Desembola na Ideia*, que aconteceu entre os anos de 2008 e 2010. A iniciativa resultou de demanda do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, por meio da Vara Infracional da Infância e Juventude, de construir um projeto de atendimento clínico e psicossocial para adolescentes em situação de uso e abuso de drogas, autores de ato infracional, cuja atividade principal era a oferta de oficinas voltadas à produção artística e midiática. O coordenador destaca que o financiamento por parte de um programa público que também financia comunidades terapêuticas, a pouca relação com outros equipamentos e serviços da área da saúde mental e o contexto nacional de apoio, por parte do governo federal, às comunidades terapêuticas (por meio do programa Crack, é possível vencer), marcam um início complicado para o serviço³. O CAPUT está localizado no bairro Santa Efigênia, na regional Leste de BH.

Para o psiquiatra, o serviço atua como uma espécie de clínica da adolescência, e a droga é entendida como o “sintoma” manifesto de questões vinculadas a esse estágio de vida.

² Por meio de sua assessoria de comunicação, a Secretaria de Estado de Saúde informou, em 25/03/2015, que “o programa Aliança pela Vida e o SOS Drogas, assim como todos os programas da Secretaria de Estado de Saúde, serão revistos pela atual gestão para serem melhorados. Isso não quer dizer que serão cancelados, apenas estudados para entender o funcionamento, efetividade, se fazem parte de uma rede de atendimento, resultados”. Após 12 anos sob a gestão de Aécio Neves e Antônio Anastasia, do PSDB, o governo do estado foi assumido em 2015 por Fernando Pimentel, do PT. Durante sua campanha eleitoral, o petista prometeu empreender uma série de mudanças em políticas, programas e projetos herdados da gestão anterior.

³ Embora o entrevistado não tenha explorado mais sobre o cenário de surgimento do serviço, que avaliou como complicado, sua análise faz referência ao fato de esse cenário levar a uma possível comparação do CAPUT às Comunidades Terapêuticas (CTs), tipo de serviço que é criticado por ele. Por outro lado, tanto profissionais, quanto ativistas defensores da Reforma Psiquiátrica e do fortalecimento do SUS têm críticas ao fato do CAPUT ter surgido de uma demanda do poder judiciário – o que relacionam à questão da judicialização da política de álcool e outras drogas. Também criticam esse serviço por ser ofertado por meio de convênio entre poder público e entidade privada, opção a qual se opõe veementemente.

Nosso foco não está na droga, e sim na passagem da adolescência; pensamos que a droga é um dos modos de o adolescente fazer essa difícil passagem. Ela entra e não é à toa que muitos meninos nossos estão no tráfico ou em outras atividades criminosas; entendemos todas essas ações como sintomas de uma perturbação da passagem pela adolescência. Somos muito mais uma clínica da adolescência que uma clínica da drogadição. Então nos diferenciamos do que tem na rede pública, em relação à orientação sobre uso de drogas, prevenção de recaídas, redução. Elegemos a questão do uso e abuso de drogas como o que nomeia o público – tem que ser adolescente e ter uso e abuso de drogas –; então estamos tentando aplicar a psicanálise; temos um pouco do social e um pouco voltado à produção da subjetividade. Toda a equipe se estrutura em torno dessa proposta.

A equipe é composta por um coordenador clínico, um gerente administrativo, três psicólogos, três psiquiatras, dez oficineiros/as, uma enfermeira, quatro plantonistas noturnos de enfermagem, três plantonistas diurnos de enfermagem, dois educadores sociais, dois estagiários de Psicologia, um estagiário de Medicina, uma recepcionista e dois auxiliares de serviços gerais, e a perspectiva da psicanálise lacaniana⁴ orienta os trabalhos de toda a equipe.

Segundo o coordenador, parte considerável da demanda (47%) chega ao serviço via Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional (CIA), que reúne serviços ligados à aplicação de medidas socioeducativas em um único espaço⁵. Há, assim, estreita relação com o poder judiciário no que diz respeito ao encaminhamento. Serviços da assistência social, tais como Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), conselhos tutelares e abrigos respondem por 33% da demanda atendida; a Vara Cível da Infância e Juventude e programas sociais voltados à juventude, por 9%. Por demanda espontânea, chegam 11% dos adolescentes para tratamento - porcentagem considerada relevante pelo coordenador, em se tratando de adolescentes. Os dados são de levantamento realizado pelo próprio CAPUT. O serviço não realiza atendimento de urgência, embora atenda casos de adicção graves. “Não atendemos pessoas em uso recreativo ou investigativo da droga”, acrescenta o coordenador. Ele também delimita o perfil majoritário dos/as adolescentes em tratamento:

Homem, 16 anos, da periferia de BH, com baixa renda familiar (menos de 3 salários mínimos) e sem a presença do genitor. Muitos moram em lotes multifamiliares com a tia e a avó maternas, são usuários de multidrogas (normalmente começam com inalantes e, em um ano e meio, estão em cocaína e crack, mas a maconha e o haxixe permanecem), sendo que o álcool não é a droga mais presente. Geralmente estão

⁴ Em referência ao psicanalista francês Jacques-Marie Émile Lacan.

⁵ O Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional – CIA/BH - foi criado por meio da resolução conjunta nº 68, de 02 de setembro de 2008, com o objetivo de garantir a celeridade no atendimento ao adolescente autor de ato infracional em um mesmo espaço físico. Uma equipe interinstitucional atua no espaço, composta por juízes, promotores, defensores públicos, delegados, Polícia Militar e funcionários da Subsecretaria de Estado de Atendimento as Medidas Socioeducativas (SUASE) e da Prefeitura Municipal. Mais informações: <http://ftp.tjmg.jus.br/ciabh/>

envolvidos com atos infracionais – se não quando encaminhados, em outro momento da vida. A maioria já está evadida da escola e/ou abandonou no fundamental. Então, normalmente estão sem trabalho e sem escola.

Grande parte dos/as adolescentes atendidos apresenta envolvimento com atos infracionais e tráfico de drogas, fatores intimamente relacionados aos altos índices de letalidade verificados entre a juventude negra e pobre do país. Assim, na perspectiva do entrevistado, o tratamento também atua no sentido de contribuir para a prevenção da violência letal entre essa população. Em que pese a predominância do público masculino, 7% das pessoas atendidas são mulheres, com idade média de 15 anos, sendo que a esmagadora maioria já vivenciou casos de abuso sexual na infância. A grande maioria vem de Belo Horizonte, mas a instituição registra, também, a vinda de adolescentes da Região Metropolitana (9%) e do interior do estado (6%).

Quando chega ao serviço, o/a adolescente passa por uma escuta especializada, a partir da qual se constrói um projeto terapêutico individualizado, com a indicação dos recursos terapêuticos mais adequados para aquele caso. O CAPUT oferece atendimento psiquiátrico, psicoterapia individual e em grupo, permanência-dia, leito de atenção integral e atividades terapêuticas grupais, todas com foco na produção das subjetividades, segundo o coordenador. São elas “Desembola na ideia”, de terapia; “Papo reto”, de atendimento às famílias; “Banka das novinha”, voltado às meninas; “28 na roda”, de estratégias de redução de danos; “Qual é a treta?”, de discussão das questões coletivas. O coordenador clínico explica que as internações têm diminuído cada vez mais (foram cerca de 50 em 2014, contra mais de 100 nos anos anteriores), resultado da combinação de esquemas sem abstinência ou internação, e que a intenção é que elas aconteçam somente se exista um desejo do sujeito em querer ser acolhido.

Outra modalidade de tratamento são as oficinas, que ocupam um lugar de destaque entre os serviços oferecidos. Atualmente, contemplam mídia, *performance*, música, teatro, estampanaria, vídeo/cinema, jiu-jitsu, artes plásticas, culinária, dança e *graffiti*. O coordenador clínico do CAPUT comenta que as oficinas são uma estratégia para vincular os adolescentes ao tratamento e potencializar o desejo de que eles se ditem:

Com os artistas, trabalhamos em torno da proposta de produção de subjetividades – não é profissionalização e nem terapia ocupacional; é para criar laços com a instituição, e com isso se trata. A oficina não é tratamento em si, mas é terapêutica no sentido de que pode atrair o menino para a instituição; então ele se sociabiliza, se expressa, pode expressar sua singularidade criativa. Não são aulas. Cada um fará sua entrada do jeito que der conta. [...] Normalmente, nos serviços de saúde, as oficinas são para produzir e sentir algo – mas, aqui, o que queremos produzir é laço social. Se rolar, tá valendo. As oficinas estão na base do cotidiano da instituição.

Quando os/as adolescentes apresentam a chamada “psicose desencadeada”, ou seja, quando apresentam surtos e alucinações, deverão ser encaminhados/as para outros espaços mais adequados, já que a questão da saúde mental é preponderante aí. Casos de psicose estabilizada, no entanto, podem ser mantidos no serviço. Desde que o CAPUT foi criado, mais de 1070 adolescentes já foram atendidos, sendo que uma média de 180 se mantinha em atendimento regular em março de 2015. A taxa de adesão ao tratamento era de 37%: para o coordenador, ainda que baixa, é mais alta que aquela verificada em outros espaços. No entanto, a partir da entrevista, foi possível verificar que o CAPUT possuía pouca articulação com outros serviços e equipamentos da rede de atendimento diretamente ligada ao SUS, fator que, do contrário, poderia ter colaborado para o aumento do número de atendimentos e para a qualidade do tratamento. Isso inclui, após a alta, o acompanhamento do adolescente pelos serviços ligados à atenção básica de saúde, em seu respectivo território de residência.

Em maio de 2015, a Secretaria de Estado de Saúde anunciou a suspensão do convênio com a Associação Imagem Comunitária e, portanto, a liberação de recursos responsável pela manutenção do CAPUT, sob a alegação principal de que, em se tratando de pacientes de Belo Horizonte, gestor pleno do SUS, o Estado não pode fazer contratações para a execução de serviços, exceto para apoio técnico. A Frente Mineira sobre Drogas e Direitos Humanos, em nota assinada por outras instituições e movimentos atuantes na área da saúde mental, posicionou-se favoravelmente ao fechamento do serviço, alegando a defesa, sem recuo, “do fortalecimento e construção do SUS público, rejeitando outras formas de serviços privados financiados com recursos do Estado”⁶.

O CAPUT, por sua vez, deu início a uma campanha de publicização de todo esse processo. Um dos principais pontos destacados é o de que o equipamento deveria ser entendido como parte da rede complementar do SUS, atendendo a uma demanda descoberta da cidade⁷. Em 23 de junho de 2015, em reunião entre o coordenador clínico do CAPUT e outros profissionais ligados à política de saúde mental da cidade e do estado, foi anunciado um aditamento de convênio por três meses, de maneira a garantir a discussão clínica de cada caso atualmente atendido e o encaminhamento dos mesmos para serviços da rede de saúde mental do município.

⁶ Leia a nota na íntegra: <http://migre.me/qA5Yw>

⁷ Leia mais sobre o posicionamento do CAPUT em <http://migre.me/qA6ty>.

2.2 Centro Mineiro de Toxicomania (CMT)

Localizado no bairro Santa Efigênia, o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) foi criado em 1983 e está sob a administração da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), vinculada à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e prestadora de serviços de complexidade secundária e terciária, exclusivamente, para o Sistema Único de Saúde (SUS). O CMT é credenciado pelo Ministério da Saúde como CAPS-AD⁸, da mesma forma que o CERSAM-AD em âmbito municipal. Segundo a psicóloga no CMT, o serviço conta com o apoio da rede de saúde mental da FHEMIG, composta pelos hospitais Galba Veloso e Raul Soares e pelo Centro Psíquico da Infância e Adolescência, o CEPAI (ver itens 2.3 e 2.4). O CMT funciona de 7h às 21h, de segunda a sexta-feira, e a equipe é composta, entre outros, por psicólogos/as, médicos/as psiquiatras e clínicos/as, terapeuta ocupacional, nutricionista e equipe de enfermagem, nos níveis superior e técnico.

Apesar de vinculado à administração estadual, o atendimento no CMT é realizado na lógica do município, como acontece com os três CERSAM-AD de Belo Horizonte. O equipamento atende às regionais Leste e Centro-Sul da capital e, além da demanda espontânea, acolhe pacientes encaminhados/as, principalmente, por Unidades Básicas de Saúde e pelos hospitais psiquiátricos Raul Soares e Galba Veloso, sendo que alguns desses encaminhamentos chegam por meio de ordem judicial de tratamento ou como medida protetiva para o usuário. Hospitais gerais como o João XXIII e a maternidade Odete Valadares, no caso de mães em situação de uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, também encaminham. Segundo a profissional, a média de usuários em permanência/dia está na casa dos 38.

As comunidades terapêuticas também são espaços que encaminham pacientes ao CMT, a psicóloga relata, inclusive, que muitos/as usuários/as chegam ao serviço com um histórico de várias internações consecutivas em comunidades. Embora o fluxo contrário não aconteça, ou seja, o CMT não encaminhe pacientes de volta para essas comunidades e nem

⁸ Segundo a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, os CAPS-AD são um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000. Os CAPS-AD devem, entre outros, funcionar de 8h às 18h durante os cinco dias úteis da semana, possuir entre dois e quatro leitos para desintoxicação e repouso e manter equipe técnica mínima com um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico, quatro profissionais de nível superior (entre psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional ou pedagogo) e seis profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

estabeleça relação direta com as mesmas, a profissional comenta que, por vezes, o serviço encaminha pessoas ao Centro de Referência Estadual em Álcool e Drogas (CREAD):

[Alguns] pacientes que estão em acompanhamento com a gente começam a pensar que a única saída possível é se internar, aí a gente faz um encaminhamento para o Centro de Referência Estadual em Álcool e Drogas (CREAD), que é a Central do Estado que faz essa triagem, que organiza as internações para as comunidades terapêuticas. [...] Se eles já estão em acompanhamento com a gente, em alguns casos é possível dar um suporte; se ele é acompanhado aqui por um psiquiatra já há algum tempo, o profissional poderá fazer um laudo dizendo que ele está em tratamento, usando determinada medicação e qual é a questão dele com a droga. A gente não aposta na internação; somos um serviço cuja última saída é uma internação pontual. Mas, quando a gente aposta, é em uma internação no [Hospital] Galba [Veloso] ou no [Hospital] Raul Soares, que são os nossos parceiros.

Diferentemente do que acontece nos três CERSAM-AD administrados pela Prefeitura, que só acolhem pessoas com mais de 18 anos, o CMT atende crianças e adolescentes com idade entre 12 e 18 anos, “quando a questão da droga está muito mais colocada que a questão da saúde mental”, explica a entrevistada. Ela também destaca a ausência de especificidade: “hoje o CMT não tem nada de diferencial para o/a adolescente”. Ela menciona também, a possibilidade de encaminhamento para o CAPUT (ver item 2.1):

Os meninos do socioeducativo, em alguns casos, é possível avaliar que talvez lá [no CAPUT], por um perfil que ofereça oficinas de coisas diretas para os adolescentes, já chegamos a encaminhar nesse sentido. Lá talvez seja uma rede mais interessante do que a gente pode ofertar de particular para os adolescentes hoje.

Como no CERSAM-AD (ver item 3.1.2.4), o tratamento também se baseia em atendimento ambulatorial e permanência/dia, modalidades cuja necessidade é avaliada após a acolhida do paciente. Em relação ao atendimento a crianças e adolescentes, só há a modalidade ambulatorial, quando avaliada a necessidade de permanência/dia desses/as pacientes, eles/as são encaminhados/as ao CERSAM-i ou ao CEPAI. Para os/as pacientes maiores de 18 anos, há ainda quatro leitos para desintoxicação no espaço, porém não há atendimento noturno e, quando necessário, esse acolhimento é feito em hospitais da rede credenciada à FHEMIG: o Hospital Raul Soares (onde existem dois leitos reservados para demandas do CMT) e o Galba Veloso, quando há vagas⁹. A psicóloga observa que, muitas

⁹ Profissionais da saúde mental e movimentos sociais em favor da Reforma Psiquiátrica e do SUS têm reivindicado o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos voltados à internação de pessoas em situação de uso abusivo de álcool e drogas e a consequente oferta de leitos em hospitais gerais, de maneira a evitar a estigmatização dos sujeitos em tratamento. A Portaria nº148 de 31 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, normatiza o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso abusivo de drogas, determinando a oferta de um leito para cada 23 mil

vezes, a utilização desses leitos acontece por determinação judicial, e o/a paciente, mesmo com a alta psiquiátrica, precisa aguardar a autorização do juiz para sair do hospital. A profissional reconhece que a demanda pelo serviço é maior que a oferta, e que a ampliação para o atendimento 24 horas, com a disponibilização de leitos noturnos, é um dos principais desafios para o serviço.

A entrevistada relata também que existe pouco diálogo do CMT com outros equipamentos da saúde em nível municipal, incluindo os de saúde mental. “Os Centros de Saúde são os [equipamentos] dos quais a gente precisa se aproximar; os serviços de urgência clínica. Temos dificuldade de encaminhar nossos casos para as Unidades de Pronto Atendimento. Por questões às vezes políticas, pelo fato de a gente ser do estado e eles serem do município”. No entanto, aponta que há relação com os Consultórios de Rua - serviço da rede do SUS -, principalmente devido ao público atendido, majoritariamente em situação de rua; e avalia positivamente a relação com os serviços de assistência social: a profissional ressalta a boa interlocução com os abrigos.

2.3 Centro Psíquico da Infância e Adolescência (CEPAI)

O Centro Psíquico da Infância e Adolescência (CEPAI) acolhe transtornos psíquicos de maior complexidade, atendendo todos os dias da semana e 24 horas por dia a pacientes de Belo Horizonte, da Região Metropolitana e do interior do estado. Segundo o site do serviço, as principais situações de emergência psiquiátrica atendidas no hospital são comportamento violento, depressivo e/ou ansioso, delírio e psicoses agudas. O serviço atende, também, pacientes que passaram por traumas cranianos do qual se derivaram sequelas e com sofrimento mental decorrente do uso de drogas. São oferecidos, entre outros, serviços de ambulatório, permanência-dia e leitos de internação.

O equipamento, antes chamado Centro Psicopedagógico, foi batizado como CEPAI em 2007. Isso aconteceu por um ato da presidência da FHEMIG, responsável pela administração do CEPAI, “uma vez que o nome Centro Psicopedagógico não correspondia à sua missão assistencial de referência em Psiquiatria da Infância e da Adolescência” (FHEMIG, 2015).

habitantes, sendo que o número total não deverá exceder o percentual de 15% da quantidade do número total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 30 leitos.

O então Centro Psicopedagógico originou-se da fusão da Unidade de Psicopedagogia ao Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, resultando em um estreitamento da Psiquiatria e das dificuldades de aprendizagem até meados dos anos 90.

Durante quase quatro décadas, a instituição passou por inúmeras transformações de direcionamento clínico e assistencial, motivadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, pela diversidade de profissionais da Saúde Mental e consequente multiplicidade de intervenções e alternativas no tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes (FEHMIG, 2015).

O CEPAI é, assim, um hospital psiquiátrico para crianças e adolescentes, o que vai na contramão da desospitalização e do tratamento em liberdade preconizados pela Reforma Psiquiátrica (ver item 1). Em Belo Horizonte, casos de transtornos mentais na população infanto-juvenil devem ser encaminhados prioritariamente ao CERSAM-i que, no entanto, só possui capacidade operacional para atender quatro das nove regionais de Belo Horizonte (ver item 3.1.2.2). Pacientes das outras regionais são atendidos por Equipes Complementares de Saúde Mental da Criança e do Adolescente (ver item 3.1.2.1) ou pelo CEPAI, o que evidencia a oferta insuficiente de equipamentos substitutivos para a questão específica da drogadição/sofrimento mental em crianças e adolescentes.

2.4 Hospitais psiquiátricos Galba Veloso e Raul Soares

Os hospitais psiquiátricos Galba Veloso, no bairro Gameleira, e Raul Soares, no bairro Santa Efigênia, atendem a pacientes com idade superior a 18 anos, portadores de sofrimento mental e em situação de crise, contando com as especialidades da psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional e serviço social. O atendimento é realizado todos os dias da semana, 24 horas por dia.

O acolhimento ao sujeito em crise é realizado até que sua estabilização, após o que a continuidade do tratamento é realizada na rede de atenção à saúde mental do município. Faz atendimento psiquiátrico de urgência e internação.

O Hospital Raul Soares, além do atendimento psiquiátrico de urgência, abriga atividades de ensino e pesquisa em serviço de assistência aos portadores de sofrimento mental em regime de urgência e emergência, ambulatorial e de internação de curta permanência no contexto do SUS. Em 2005, foi certificado como Hospital de Ensino. Outro diferencial é o atendimento ambulatorial, realizado de 8h às 17h. Em parceria com o CMT, existem dois

leitos reservados para o pernoite de usuários com abuso de álcool e outras drogas, o que é objeto de críticas por parte dos trabalhadores da saúde já citadas em sessão anterior.

2.5 Equipamentos para orientação de usuários/as e/ou pesquisa

2.5.1 Centro de Referência Estadual em Álcool e Drogas (CREAD)

Ligado à Subsecretaria de Políticas sobre drogas, o CREAD busca “personalizar o atendimento ao usuário de substâncias psicoativas e a seus familiares, propiciar conhecimento e orientações sobre o uso e o abuso de substâncias psicoativas para toda a comunidade que demandar o serviço e integrar as ações de atenção ao dependente químico em todo Estado de Minas Gerais” (OMID, 2015). Segundo o site, o Centro também oferece acolhimento pessoal e individualizado e encaminha usuários/as em abuso de álcool e drogas para grupos de mútua ajuda e “tratamento em instituições especializadas” – aqui, tratam-se, sobretudo, das comunidades terapêuticas, objetos das críticas feitas na seção anterior.

2.5.2 Centro de Acolhimento SOS Drogas

Criado em 2004, também vinculado à Subsecretaria de Políticas sobre Drogas, o SOS Drogas funciona no mesmo endereço que o CREAD e “tem como finalidade a orientação gratuita a educadores, familiares e usuários de álcool e outras drogas” (OMID, 2015). Segundo informações do mesmo site, quando necessário o SOS Drogas encaminha o/a usuário/a para “instituições especializadas em dependência química” – novamente, tratam-se aqui das comunidades terapêuticas -, da rede de saúde ou grupos de mútua ajuda, como o Grupo de Acolhimento, o Grupo de Orientação Familiar, o Grupo de Adolescente e o Grupo Amor Exigente.

2.5.3 Observatório Mineiro de Informações sobre Drogas (OMID)

Criado pela Lei Delegada nº 112, em 2007, o OMID está vinculado ao CREAD e “tem por finalidade contribuir na gestão da Política Pública sobre Drogas ao propor um espaço aberto às mais diversas interações, pesquisas e qualificações” (OMID, 2015).

3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM BELO HORIZONTE

3.1 Programa Recomeço



Prezi

Fonte: PBH

A política de álcool e outras drogas desenvolvida pelo poder público municipal na cidade de Belo Horizonte é orientada pelo Programa Recomeço – Programa de Prevenção, Tratamento e Reinserção Social do Usuário de Drogas e sua Família, instituído no ano de 2012. A iniciativa possui o objetivo de “construir respostas intersetoriais que proponham soluções interdisciplinares ao enfrentamento do uso de drogas por meio de ações estruturantes, de tratamento, de prevenção, de reinserção social e de redução de danos, em consonância com a atual política sobre drogas” (PBH, 2014).

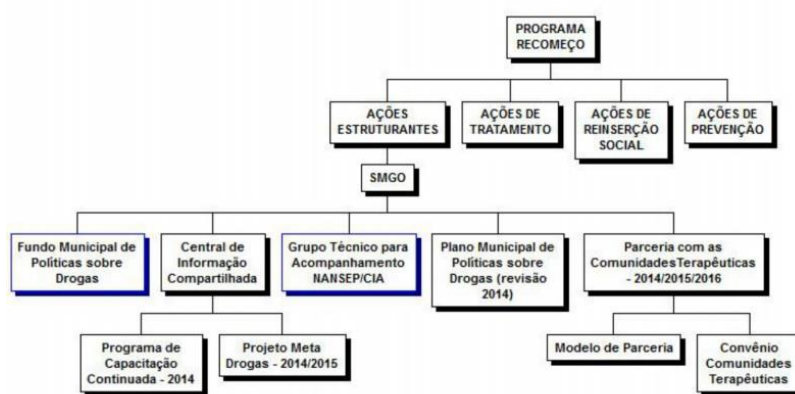
Compreendendo que a questão da droga está transversalmente ligada a diversas políticas, o Programa Recomeço estabelece ações vinculadas a vários órgãos que possuem interface com a área, como as secretarias de Saúde, de Educação, de Políticas Sociais e Secretaria Adjunta de Assistência Social. O Programa, coordenado pela Secretaria Municipal de Governo, é um dos cinco projetos sustentadores da área de resultado Cidade Saudável, uma

das 12 áreas do Programa BH Metas e Resultados¹⁰. Compreende três áreas principais – Ações Estruturantes, Ações de Tratamento e Ações de Prevenção e Reinserção, sendo que as duas primeiras serão detalhadas na seção seguinte.

3.1.1 Ações Estruturantes



SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO



AÇÕES ESTRUTURANTES

Fonte: PBH

As ações estruturantes são vinculadas à Secretaria de Governo. São elas: Conferência Municipal de Política sobre Drogas, realizadas a cada dois anos; Fundo Municipal sobre Drogas; Sistema de Informação Compartilhada sobre Álcool e Outras Drogas; Plano Municipal de Políticas Sobre Drogas. Todas estas ações estão em andamento ou já foram executadas (PBH, 2014). Outra ação estruturante mencionada pelo Gerente do Programa de Políticas Públicas sobre Drogas de Belo Horizonte é a do atendimento direto ao usuário de álcool e outras drogas, que se dá através do Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas (NAMSEP). Por se tratar de um serviço voltado especificamente a adolescentes, a seguir serão apresentadas mais informações sobre o atendimento prestado aí, bem como algumas críticas acerca da política de drogas voltadas a esse público.

¹⁰O Programa BH Metas e Resultados reúne os projetos prioritários e estratégicos relacionados ao programa de governo do prefeito Márcio Lacerda (PSB) desde 2012, quando foi reeleito. Acesso em <https://bhmetasresultados.pbh.gov.br/>.

3.1.1.1 Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas (NAMSEP)

Em Belo Horizonte, até 2012, quando um/a adolescente recebia uma ou mais medidas socioeducativas e/ou protetivas, era liberado/a de comparecer em audiência e deveria aguardar uma convocação para iniciar o cumprimento da medida, o que poderia demorar meses. Tal fato, por vezes, podia acarretar na perda do sentido socioeducativo ou protetivo para o adolescente, pois a distância temporal entre o ato infracional e o início da medida implicava na diminuição do impacto desta última. Isso porque é importante iniciar o acompanhamento do adolescente tão logo seja apreendido, o que possibilita trabalhar junto a ele questões ainda atuais em sua trajetória de vida.

Frente às dificuldades acarretadas por essa forma de operacionalizar o cumprimento das medidas protetivas e socioeducativas, implantou-se, em janeiro de 2012, o Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas (NAMSEP), com atuação ligada às áreas de Assistência Social, Educação e Saúde. Nessa proposta, que consideramos inovadora e estratégica, os adolescentes passam a ser atendidos pelo Poder Executivo imediatamente após a audiência com o Juizado da Infância e Adolescência, o que garante o início ao cumprimento das medidas determinadas de forma mais imediata quanto possível.

É importante notar que, quando se faz um recorte de classe social, fica evidente que os adolescentes apreendidos pela Polícia Militar no município de Belo Horizonte são, majoritariamente, pardos e negros (68,8%), com baixa escolaridade (somente 11,4% estudam ou concluíram o ensino médio), sem inserção no mundo do trabalho (79,3% não trabalham) e moradores de periferia (CIA, 2015).

Considerando o recorte do ato infracional praticado pelos adolescentes em conflito com a lei, 25,02% são apreendidos em decorrência do uso e/ou tráfico de drogas, ou seja, trata-se de um público em situação de extrema vulnerabilidade social. Avaliando os dados das medidas protetivas de saúde, 60% são encaminhados para tratamento de toxicomania, porém o que a técnica do serviço percebe em sua atuação diária é que:

[...] a maioria faz uso recreativo da droga, não demandando um acompanhamento de saúde. Fica claro que a droga entra, muitas vezes, como uma resposta às vulnerabilidades sociais vivenciadas pelos adolescentes. Encaminhar para a rede de saúde um adolescente que faz uso de alguma droga, mas que não configura um abuso ou dependência, é reforçar a visão moralista sobre o uso de drogas. Portanto,

todos os atendimentos são realizados na ótica da redução de danos, respeitando a singularidade de cada sujeito.

A fala evidencia o que muitos têm caracterizado como uma judicialização do direito ao atendimento de saúde, isto é, mesmo sem necessidade, o Poder Judiciário determina a inserção do adolescente em determinado serviço para tratamento. Ou seja, o que é um direito passa a ser um dever do adolescente. Nesse contexto, o NAMSEP busca direcionar o olhar ao sujeito e não à droga, possibilitando uma maior garantia de proteção aos adolescentes.

3.1.2 Ações de tratamento



Fonte: PBH

As ações de tratamento são executadas pela Secretaria Municipal de Saúde e “consistem em implantar, adequar e ampliar a rede de atendimento da saúde para usuários de drogas e seus familiares, observando as particularidades de cada grupo social” (BELO HORIZONTE, 2012). Segundo o Gerente do Programa de Políticas Públicas sobre Drogas de Belo Horizonte, a implementação dos equipamentos é feita por meio de parceria com o

programa “Crack, é possível vencer”, do governo federal, e os recursos para o financiamento dos serviços vêm¹¹ do Ministério da Saúde.

Os Consultórios de Rua, os Centros de Referência em Saúde Mental para Usuários de Álcool e outras Drogas (CERSAM-AD), o Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAM-i) são políticas já existentes e para as quais está prevista ampliação. Planejam-se, também, a implantação de Leitos Hospitalares e a criação de quatro equipes do Programa de Atenção Básica Domiciliar para Usuários de Álcool e Drogas (PAD-AD) e de uma Unidade de Acolhimento para abrigamento temporário de usuários de drogas.

A grande maioria dessas políticas, equipamentos e serviços não oferece tratamento específico para adolescentes e jovens em situação de uso e abuso de álcool e outras drogas, mas atende de alguma forma a esse público. A seguir, serão mais bem descritos alguns desses serviços e, a partir das entrevistas com profissionais, gestores/as e ativistas, apresentaremos também algumas observações críticas.

3.1.2.1 Unidades básicas de saúde (UBSs), equipes complementares e residências terapêuticas

As Unidades Básicas de Saúde (UBSs, popularmente chamadas de Centros de Saúde) são a porta de entrada preferencial para a atenção básica no SUS e para as equipes Saúde da Família, promovendo o acesso territorializado à saúde e desafogando o atendimento em hospitais gerais. Nesses espaços, os usuários são acolhidos e, a partir da escuta é ofertado o acompanhamento mais adequado a cada sujeito, podendo realizar consultas médicas, exames, tratamento odontológico, acompanhamento psicológico, oficinas de autocuidado, além de receberem medicação e serem encaminhados para outras especialidades, quando é o caso.

Em Belo Horizonte, existem 147 UBSs, com suas respectivas equipes de Saúde da família (ESF - cujo nome, na capital mineira, é BH Vida), e em todas estas Unidades existe

¹¹Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que também podem ser chamados de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) ou CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental), foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92, do Ministério da Saúde, e podem ser definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. São regulamentados, entre outros, pelas portarias nº336/GM, de 2002, e nº 3.088, de 2011. Integram a rede o Sistema Único de Saúde.

pelo menos um profissional de saúde mental (geralmente um psicólogo ou psiquiatra), ou um assistente social, responsável por fazer o acompanhamento dos casos de sofrimento mental e/ou abuso de álcool e/ou outras drogas no próprio território. Esse/a profissional também oferece suporte às ESF's, que prestam atendimento domiciliar. A proposta é que CERSAM-AD e CERSAM-i atendam somente a casos de maior complexidade e urgência e, após a acolhida, o acompanhamento e a estabilização, seja construída a alta com o paciente, que é orientado a continuar o tratamento ambulatorial em uma UBS localizada em seu território de origem.

Também existem as Equipes Complementares de Saúde Mental da Criança e do Adolescente, uma em cada um dos nove distritos sanitários da cidade e atuantes em Centros de Saúde desses territórios. As equipes contam com um psiquiatra da infância e adolescência, um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo e um assistente social e são responsáveis pelo atendimento direto a crianças e adolescentes em situação mais grave de sofrimento mental. Segundo Wellington Domingues, gerente do CERSAM-i (ver item 3.1.2.2), o atendimento ambulatorial deste equipamento é feito nas regionais, por meio das Equipes Complementares.

Outro serviço importante em Belo Horizonte são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que acolhem usuários com histórico de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos e que, devido a isso, tenham perdido seus laços com as famílias. A ideia é que os moradores circulem pela cidade, tendo a casa como ponto de referência, e também se engajem em tarefas cotidianas, como limpeza, compras e cozinha. O primeiro SRT surgiu em 2001, consonante ao fechamento de dois hospitais psiquiátricos privados na capital e, de forma mais ampliada, à tendência geral de desospitalização inaugurada pela Reforma Psiquiátrica. Hoje, são mais de 30 casas espalhadas pelos nove distritos sanitários, em interface com a rede de saúde mental do município.

3.1.2.2 Centro de Referência em Saúde Mental Infantil – CERSAMi

Em 2002, quando a Reforma Psiquiátrica é efetivamente convertida em lei, começa-se a modificar a rede de atenção aos portadores de sofrimento mental em Belo Horizonte. Seis anos após o início da implementação de serviços substitutivos para o público adulto, em 2008, foi criado o Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAM-i), voltado ao atendimento de crianças e adolescentes em crise psiquiátrica. Antes disso, esse público era

encaminhado ao hospital psiquiátrico do estado, o Centro Psíquico da Adolescência e Infância (ver item 2.3) - um serviço ainda inscrito na lógica hospitalocêntrica e que caminha na contramão da reforma psiquiátrica. O CERSAM-i está localizado na Região Noroeste e funciona de segunda a segunda, 24 horas por dia.

Inicialmente, o serviço era ofertado apenas com atendimento diurno e, em 2011, foram implementados quatro leitos para hospitalidade noturna. Em entrevista, o gerente do serviço explica que o CERSAM-i é comparável ao CAPS-i¹²:

[...] Nós somos um CAPS-i, mas, ao mesmo tempo, trabalhamos na perspectiva de álcool e drogas também. Também é o único que funciona 24h, já que, dentro dos critérios do Ministério da Saúde, seríamos uma CAPSi-AD-III, cujo formato não existe. É como se fosse o CAPS-i, com esse *upgrade*.

Assim, os usuários que necessitem de hospitalidade noturna não precisam ser encaminhados para pernoitar em outro equipamento da rede (a exemplo dos hospitais psiquiátricos), o que contribui para a oferta de uma assistência mais integral.

Atualmente, o serviço atende tanto a demandas espontâneas como encaminhamentos feitos por outros serviços da rede, como serviços de urgência (Unidades de Pronto Atendimento – UPA e hospitais pronto-socorro), Centros de Saúde, equipes de Saúde da Família (ESF), escolas e outros serviços comunitários. Todos que chegam ao serviço são acolhidos, porém somente aqueles que residem nas regionais Venda Nova, Oeste, Noroeste e Pampulha receberão tratamento continuado. Pacientes vindos das outras cinco regionais da cidade são encaminhados ao Centro Psíquico de Adolescência e Infância (CEPAI), um hospital psiquiátrico – portanto, na contramão do que preconiza a Reforma Psiquiátrica. Segundo o gerente do CERSAM-i, isso acontece, principalmente, devido à dificuldade de se garantir transporte para que os pacientes cheguem ao serviço, ainda que, em alguns casos, seja possível articular com o Distrito Sanitário¹³ a garantia do transporte.

¹² O Centro de Atenção Psicossocial da Infância e da Adolescência (CAPS-i) atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. É um serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes (MS, 2011).

¹³ Cada um dos nove Distritos Sanitários tem definido certo espaço geográfico, populacional e administrativo. Em média, 15 a 20 unidades ambulatoriais fazem parte de um Distrito, constituído de unidades básicas (Centros de Saúde) e unidades secundárias, como os PAMs (Postos de Assistência Médica), além da rede hospitalar pública e contratada. Cada unidade básica, por sua vez, tem um território de responsabilidade denominado "área de abrangência de Centro de Saúde" (PBH, 2015).

A equipe do CERSAM-i é multiprofissional, composta por psicólogo, médicos psiquiatra (infantil e adulto) e hebiatra¹⁴, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, redutor de danos, motorista e porteiro. Atualmente, essa equipe atende uma média de 120 adolescentes por mês e, desde a implementação do serviço, já foram atendidos 1200 crianças e adolescentes. O gerente do serviço descreve os perfis predominantes dos/as usuário/as do serviço: “portador de sofrimento mental grave, que é a grande maioria; os usuários de álcool e drogas graves, e temos um volume grande de atendimento que não entra em nenhum, que é a questão do autoextermínio e automutilação”.

Segundo levantamento realizado pelo serviço e citado pelo entrevistado, 40% dos pacientes tem a droga como problema no tratamento, ainda que não seja o elemento principal. Desses, em apenas 25% - ou seja, em 10% do total – ela é o principal problema, normalmente associada a pacientes neuróticos. O restante dos casos tem o problema mental como preponderante, sendo que o envolvimento com essas substâncias é, muitas vezes, uma “válvula de escape” para lidar com o sofrimento mental. O gerente ressalta que, em boa parte dos casos atendidos pelo equipamento, o problema não está no uso de drogas em si, mas em sua venda nos territórios e na inserção que esse adolescente tem no tráfico, atuando como olheiro, fogueteiro e outros papéis.

Em relação ao atendimento, o gestor explica que a abordagem dos técnicos se dá de forma individualizada, reconhecendo a singularidade de cada sujeito e a complexidade dos casos. Como exemplo, ele relata o caso de um adolescente asmático e usuário abusivo de crack, para o qual o consumo do cigarro – ou seja, a droga lícita - era mais danoso que o uso de crack. Nesse caso, uma das intervenções foi a de conseguir, via SUS, um adesivo para que o adolescente parasse de fazer uso de cigarro, reduzindo os danos para a sua saúde. Outra questão apontada pelo gestor é sobre o convívio dos pacientes usuários de droga com os portadores de sofrimento mental:

[...] eles vivem outras situações, acontece certo nível de colaboração. Isso exige atenção da equipe com o que está acontecendo. Dependendo do tipo de droga, do abuso, temos certo cuidado, especialmente com os psicóticos, para que eles não sejam tomados como objetos por outros indivíduos.

Sobre a articulação com outros equipamentos e serviços, o mesmo entrevistado observa que, com a implementação dos Consultórios de Rua, casos muito graves que estavam desconectados da rede passaram a ser atendidos no serviço. Esse dado evidencia a

¹⁴ Médico dedicado à saúde do adolescente.

importância dessas equipes na oferta de cuidado aos usuários de drogas. Ele aponta também que a articulação dos casos é construída de forma sistemática com os serviços do território em que a criança ou o/a adolescente residem, contribuindo para que o paciente volte a ser referenciado pela atenção básica.

Por outro lado, persistem alguns impasses no acompanhamento dos adolescentes, como relata o gerente:

[Existe uma] total falta de serviços na comunidade, de quadras e oficinas, por exemplo... Temos usuários ligados ao tráfico; muitas vezes o tráfico não o coloca no comércio, porque não há condição para isso, mas como fogueteiros, olheiros e fazendo coisas secundárias (comprar marmiteira, jogar futebol para que não se perceba o movimento), e em torno dessas áreas não há nada que se possa oferecer, então lutamos pra achar recursos na comunidade, e isso é muito difícil, frustrante. Atendemos um menino que está fazendo 18 anos em abril; consegui que o aceitassem em um curso de garçom; há dois anos ele vive no [bairro] Pindorama e somente agora concluiu o fundamental, pela Educação de Jovens e Adultos, que é o máximo que se tem no território. Uma situação difícil para os adolescentes de 17 e 18 anos são frentes de formação e inserção no trabalho.

O depoimento indica a necessidade de se ampliar a rede de inserção social de adolescentes em uso ou abuso de álcool e outras drogas, uma vez que a rede de tratamento não é suficiente para sustentar a redução de danos. Ela depende, também, da garantia de acesso às várias outras áreas de políticas e serviços, a exemplo daqueles voltados à inclusão no mundo do trabalho. Ainda que os/as adolescentes estejam mais estabilizados/as no tratamento, continuam a conviver com uma série de dificuldades em seus territórios, o que os mantém em situação de significativa vulnerabilidade social.

Uma das metas do Programa Recomeço no eixo “Ações de tratamento” é a implantação de outros dois CERSAM-i: um na regional Nordeste, previsto para o 2º semestre de 2015, e outro na regional Venda Nova, com implantação prevista para até dezembro deste ano. Para esse, especialmente, será feito um estudo para verificar a viabilidade e necessidade do equipamento.

3.1.2.3. Consultórios de Rua

Os Consultórios de Rua são serviços que atuam sob a perspectiva da redução de danos, um conjunto de estratégias da saúde pública que buscam minimizar as consequências adversas do consumo de drogas sem, necessariamente, reduzir ou interromper esse consumo. A característica mais importante do Consultório é oferecer cuidados no próprio espaço da rua

e das cenas de uso, com respeito ao contexto sociocultural da população e tendo em vista “substituir um modelo assistencial pautado na hegemonia do modelo biomédico, saindo da lógica da demanda espontânea e da abordagem única de abstinência” (MS, 2010).

Em Belo Horizonte, duas equipes de Consultório de Rua foram oficialmente implementadas em 2011, em áreas da cidade frequentemente associadas ao consumo de drogas e objetos de alarde midiático: na Pedreira Prado Lopes, situada na região Noroeste e conhecida como a “cracolândia” da cidade; e a região central, que assistia à concentração de um grupo de crianças e adolescentes em situação de rua e em uso abusivo de substâncias inalantes. Outras duas equipes foram implementadas em 2013, nas regionais Oeste e Norte. Cabe destacar que, mesmo antes da implementação oficial dessas equipes, alguns redutores de danos já atuavam em determinadas cenas de uso na capital.

As equipes do Consultório de Rua contam, geralmente, com um redutor de danos, um arte-educador, um psicólogo, dois assistentes sociais e um enfermeiro. O horário de trabalho é de 15h às 21h, entre segunda e quinta-feira, sendo que a sexta-feira é reservada à discussão de casos entre a própria equipe e também junto a outras equipes da rede de saúde mental em Belo Horizonte. O perfil dos usuários varia segundo a cena de uso, mas, de acordo com um dos profissionais de redução de danos da equipe Oeste, eles são, em sua maioria, homens negros com idade entre 18 e 25 anos. Ainda assim, ele destaca que mulheres, especialmente grávidas, e pessoas de terceira idade têm frequentado cada vez mais as cenas de uso, espaços caracterizados pelo consumo frequente de drogas e pela convivência permanente de grupos de pessoas. Somente na região Oeste, a equipe atendia aproximadamente 187 pessoas em fevereiro deste ano. E um balanço do Programa Recomeço informa que, em 2014, as quatro equipes realizaram 47.153 atendimentos à população em situação de rua.

Segundo o entrevistado, a redução de danos, perspectiva principal que orienta os trabalhos do Consultório de Rua, é resultado de variadas estratégias de intervenção junto aos/às usuários/as do serviço. Uma delas é o incentivo ao cuidado mais direto com o próprio corpo, através, por exemplo, “da distribuição de água, preservativos, escova e pasta de dentes para usuários de crack”. O profissional também relata que orientações sobre a forma de uso da droga são importantes. Sobre alcoolistas que bebem muito, ele descreve: “o álcool queima açúcares, então oferecer paçoca e pirulitos é importante. O uso é cotidiano, então diminuí-lo é redução de danos”.

Proporcionar aos/às usuários/as que saíam da cena de uso por meio de atividades lúdicas, como piqueniques, cinema de rua e passeios a teatros, museus e outros espaços

culturais, também contribuem para a redução de danos. Além disso, propicia aos sujeitos se apropriarem do espaço da cidade de outras maneiras. Segundo o redutor de danos, depois que participou de um passeio com a equipe, uma usuária se sentiu estimulada a procurar sua família e rever seu filho. O mesmo entrevistado enfatiza, ainda, que a própria fala pode atuar como redutora de danos, bem como o olhar, o abraço, o aperto de mão – em suma, a postura do profissional.

O psicanalista francês Philippe Lacaddé, em visita à equipe de Consultório de Rua da Pedreira Prado Lopes, ressaltou o que foi nomeado acima como postura do profissional. Ele afirma que

[...] Para além do objeto preservativo, poder oferecer a elas (usuárias) alguma coisa de essencial, isto é, sua presença (equipe). E era isso que Isabela (usuária) chamava de amor, ou seja, dar ao outro o que não se tem. Ela tinha compreendido bem que o mais importante não era este objeto preservativo, mas a presença delas ali, mais perto do muro da língua (EBP, 2015).

Em outras palavras, vemos que a maior importância do Consultório de Rua é ofertar a presença da equipe, por meio da atenção a sujeitos que estão, muitas vezes, à margem de outras políticas públicas. Assim, ele atua como uma “ponte” para outros serviços da rede de saúde e assistência social, principalmente. Esse acompanhamento é importante não apenas para que as pessoas possam ter acesso a essas políticas, mas também para que os/as trabalhadores/as desses serviços sejam sensibilizados para a questão da droga e para a atenção ao usuário, reduzindo assim, as possibilidades de intervenções moralistas pautadas pelo senso comum. A presença e o cuidado tornam possível construir um vínculo e perceber a singularidade de cada sujeito, elaborando as intervenções a partir de cada caso.

Em Belo Horizonte, existem alguns impasses impostos às equipes de Consultório de Rua como, por exemplo, o fato de essa política ter permanecido na contramão de algumas políticas do governo estadual durante certo tempo. A psicóloga e ex-coordenadora de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte, observa que essas

[...] Eram políticas totalmente opostas. Não tinha articulação, mas resistência. Resistimos enquanto pudemos à política estadual e também à federal, que também encampou um discurso mais moralista, inclusive com o nome da política. Crack é, na verdade, pedra no caminho da Reforma Psiquiátrica. O governo federal impôs as comunidades terapêuticas, o que gerou um grande embate. Mas não é só isso que é problemático na política, como a questão do combate à droga pela autoridade. Devemos nos pautar por consensos que se pautem por direitos; há arbitrariedades na política ao tratar uma conduta não lesiva ao outro como crime e, se é auto-lesiva, não é âmbito do direito penal. Política ambígua e de ambigüidade arriscada: como coloco um Consultório do lado da Polícia?

A mesma entrevistada também ressalta o fato de as equipes atuarem no mesmo território que a Polícia Militar, porém por meio de atividades bastante divergentes. Enquanto a PM atua comumente por meio da repressão e, por vezes, da violência contra os trabalhadores do tráfico e os usuários de drogas, o Consultório de Rua busca ofertar cuidado. Sobre esse cenário, ela afirma, ainda, que

“[...] Ao contrário do que era dito, nas cenas públicas de consumo de drogas não há presença de crianças, e a presença de adolescentes não é tão significativa [...] na Pedreira, a maior inserção dos adolescentes não era consumindo, mas na rede de trabalho do tráfico. Eles não trabalham à toa para o tráfico; há uma construção social que os leva a essa escolha e, ao trabalhar aí, eles se vêem ameaçados, inclusive pelos agentes do Estado. A Polícia aumenta a vulnerabilidade dos meninos.

Nesse sentido, fica evidente a importância do Consultório de Rua, não só enquanto política de saúde, mas também como garantidor dos direitos humanos destes/as usuários/as. Entretanto, conforme os relatos dos/as profissionais entrevistados/as, também fica claro que o número de equipes é insuficiente para atender a demanda de todo o município. O Programa Recomeço prevê a ampliação do número de equipes para 11 até 2016, sendo que duas já estão em fase estruturação, com habilitação prevista para o 2º semestre de 2015 (nas regionais Barreiro e Leste – esta última, com foco na região do Taquaril). Mesmo que esse último cenário se concretize, ainda haveria em Belo Horizonte três regionais sem cobertura do serviço.

3.1.2.4 Centros de Referência em Saúde Mental para Usuários de Álcool e outras Drogas (CERSAM-AD)

Em Belo Horizonte, existem três Centros de Referência em Saúde Mental para Usuários de Álcool e outras Drogas (CERSAM-AD), localizados nas regionais Pampulha (criado em 2008), Nordeste (criado em 2013) e Barreiro (criado em 2013) e com atendimento das 7h às 19h. O equipamento atua como um CERSAM especializado no atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas e que tenha mais de 18 anos, sendo equivalente ao modelo de CAPS-AD estabelecido pelo Ministério da Saúde.

O CERSAM-AD Pampulha possui leito para hospitalidade noturna, já em relação aos outros dois equipamentos, quando é avaliada a necessidade do usuário permanecer em cuidado também no período noturno, ele é encaminhado para pernoitar em outro serviço da

rede. No equipamento da regional Nordeste, a expectativa é que sejam instalados leitos para hospitalidade noturna a partir de abril deste ano. A equipe do CERSAM-AD Nordeste é composta de três enfermeiros, dois assistentes sociais, cinco psicólogos, dois médicos clínicos, três terapeutas ocupacionais e um psiquiatra, padrão que é seguido nos outros Centros. A assistente social e referência técnica de saúde mental nesse CERSAM-AD reconhece a necessidade de se ampliar a equipe para atender suficientemente à demanda. O Programa Recomeço prevê a implementação de mais dois CERSAM-AD, um na Regional Noroeste e outro na Centro-Sul/Leste, até o final de 2016.

No CERSAM-AD Nordeste, são realizados aproximadamente 15 acolhimentos por dia, a maioria de pessoas em situação de rua, devido à proximidade com o abrigo municipal São Paulo, no bairro Primeiro de Maio. Segundo levantamento realizado pelo próprio Centro, mencionado por outra entrevista - também psicóloga e referência técnica de saúde mental desse CERSAM -, a maior parcela do público atendido são homens jovens entre 18 e 29 anos, que respondem por aproximadamente 30% da clientela do serviço. A droga mais consumida entre os usuários é o álcool, principalmente a aguardente. Crack e cocaína ficam empatados em segundo e terceiro lugar. Em quarto vem o tabaco e, em quinto, o thinner e o loló.

Aproximadamente 40% dos casos chegam ao serviço por meio de demanda espontânea – nesse caso, não é necessário agendamento para acessar os serviços; basta procurar as unidades. Em seguida, estão os encaminhamentos via Unidades Básicas de Saúde, com 10%. Os hospitais psiquiátricos Galba Veloso e Raul Soares (ver item 2.4) também encaminham usuários para o CERSAM-AD, bem como o Serviço Especializado em Abordagem Social, da Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Outro equipamento que encaminha pacientes ao serviço, ainda que com menos frequência, são as Comunidades Terapêuticas. Uma das entrevistadas destaca que a origem dos encaminhamentos apresenta muita relação com o público que mais acessa o serviço, geralmente em situação de muita vulnerabilidade.

Quando chega um novo paciente ao CERSAM-AD, o primeiro passo é a construção de um projeto terapêutico individualizado junto ao usuário. Qualquer técnico que seja referência em saúde mental no serviço pode fazer esse acolhimento, o que, na opinião dessa profissional, confere maior autonomia aos profissionais e contribui para que o paciente referencie também outras pessoas que não somente o/a médico/a. Ela ressalta a importância dessa construção compartilhada:

Não trabalhamos com nada determinado, mas com o que é colocado pelo usuário e pela família. Se for alguém que ainda dá conta de trabalhar, que tem os vínculos familiares e comunitários estabilizados, que não está comprometido por conta do tráfico, que nos diga, por exemplo, “eu uso, mas só de manhã e à noite”, aí ele não precisa ir todos os dias, pode ficar no ambulatório. [...] Quando chegam, [os pacientes] têm uma demanda muito grande de escuta. Em qualquer momento, o projeto é construído e reconstruído. Muitas vezes, o que ‘pega’ é a relação com a família; dependendo, vamos chamar outras pessoas para dialogar, para trazerem mais elementos. Em algumas situações, a relação familiar melhora muito.

São o projeto terapêutico e, conseqüentemente, as demandas do paciente, que vão orientar seu tratamento, que poderá envolver, entre outros, ambulatório (semanal, quinzenal e/ou mensal) e/ou permanência/dia. O atendimento ambulatorial é indicado para os casos em que, mesmo com o uso abusivo, o usuário ainda consiga manter vínculos familiares, empregatícios, comunitários etc. Nesses casos, o médico clínico poderá indicar medicação para crises de ansiedade e para a redução dos efeitos da abstinência, por exemplo. Na permanência/dia, o paciente utiliza a medicação prescrita (quando é o caso), participa das oficinas e utiliza o espaço para conviver com outras pessoas. Em todos essas situações, salienta a técnica do serviço, a atuação da equipe se orienta na perspectiva da redução de danos.

Quando se trata de casos mais complexos, como etilismos crônicos, abstinências graves, sintomas de delírio e alucinação, humor rebaixado/depressivo, o paciente também deverá passar pela hospitalidade noturna, combinada com atendimento ambulatorial. Atualmente, o CERSAM-AD Pampulha é o único que dispõe de leitos noturnos; assim, pacientes dos equipamentos das regionais Nordeste ou Barreiro que precisem desse serviço serão encaminhados àquele CERSAM para dormirem e buscados no dia seguinte. A profissional acrescenta que, quando se trata de uma intoxicação ou de uma abstinência graves, poderá ser acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para desintoxicação, após o que o paciente deve voltar ao respectivo CERSAM-AD para dar continuidade ao tratamento.

Além do ambulatório, da internação e da medicação, o tratamento também poderá incluir, a depender do projeto terapêutico elaborado com o paciente, oficinas de artes, incluindo a confecção de trabalhos manuais como fuxico e tapetes; de esportes, de cinema comentado e outras modalidades. Estimula-se que os técnicos também ofereçam algum tipo de atividade aos usuários – a referida entrevistada, por exemplo, é responsável pela condução de uma assembleia de usuários do serviço para discussões ligadas à redução de danos, ao

empoderamento do paciente e a possibilidades de inserção territorial e comunitária. São realizadas, ainda, atividades com familiares dos usuários.

O tempo de tratamento varia de acordo com cada paciente, não havendo, portanto, um período padrão estabelecido. A técnica destaca que a alta deve ser construída junto com o paciente, especialmente nos casos de população de rua, quando o serviço acaba se tornando uma referência muito forte para o usuário. A retomada dos laços familiares, territoriais e comunitários é, para a equipe de técnicos do CERSAM-AD, um dos principais indicadores da alta. Após esse período, o usuário é encaminhado para outros equipamentos e serviços da rede, especialmente abrigos, centros de convivência e UPAs (quando o paciente apresenta também outros problemas de saúde, como hipertensão e diabetes). Também são encaminhados ao CERSAM psiquiátrico, quando os pacientes são portadores de sofrimento mental - embora possa existir uma relação entre o uso e o abuso de álcool e drogas e o sofrimento mental, nem sempre os pacientes apresentam ambos. Muitas vezes, os usuários buscam as substâncias psicoativas para aliviar um possível sofrimento mental; em outros casos, o sofrimento pode derivar-se justamente do uso abusivo de drogas, como acontece com alguns tipos de demência. A outra psicóloga e referência técnica de saúde mental do CERSAM-AD Nordeste enfatiza: “não encaminhamos de volta para tratamento toxicológico. Ele é todo realizado aqui”. Dessa maneira, incentiva-se muito que o paciente siga se tratando na Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência, de maneira que volte ao território.

Além de desafios estruturais, como equipes reduzidas e pouco investimento público, a equipe aponta que é bastante difícil desconstruir junto às famílias e aos próprios usuários a crença de que as comunidades terapêuticas e/ou a privação de liberdade sejam a melhor solução para o tratamento. Outro desafio apontado é o de engajar o próprio trabalhador dessa política para o conhecimento da mesma e para o cuidado com o usuário. A entrevistada reconhece, também, que “faltam políticas [de drogas] para crianças e adolescentes, especificamente”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme foi apresentado, é de se ressaltar o importante salto qualitativo ocorrido no processo de institucionalização da política de saúde mental e, mais especificamente, daquelas voltadas à questão do uso abusivo de álcool e outras drogas no Brasil, marcadamente a partir do início dos anos 2000, como resultado das lutas empreendidas por profissionais e ativistas da área. A conhecida Reforma Psiquiátrica conseguiu, enfim, inserir o problema do sofrimento mental e do abuso de álcool e outras drogas na lógica da saúde pública e, portanto, reconhecê-las como problemas políticos.

Por outro lado, e mais recentemente com a implementação do programa *Crack, É Possível Vencer*, viu-se o retorno de uma perspectiva contrária à defendida pela Reforma Psiquiátrica, o que pode ser evidenciado, entre outros aspectos, pelos investimentos em parcerias público-privadas firmadas com instituições como as Comunidades Terapêuticas (CTs); e pelo fato de essas instituições utilizarem abordagens terapêuticas que trabalham sob a ótica da privação da liberdade e da abstinência – algo radicalmente avesso aos pressupostos da Reforma. Por último, cabe destacar, em relação à política de álcool e drogas em nível federal, que não há serviços específicos voltados ao público infanto-juvenil.

Em relação ao cenário estadual, além do programa Aliança pela Vida - que também inclui convênios com CTs - especificamente no município de Belo Horizonte, são ofertados serviços de atendimento a usuários de álcool e outras drogas por meio do Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), que, apesar de atender adolescentes com idade entre 12 e 18 anos de idade, não possui uma abordagem diferenciada para esse público. Também há o Centro Psíquico da Infância e Adolescência (CEPAI), que, apesar do foco nesse público, não oferece serviços relativos especialmente à questão de álcool e drogas, focando-se mais no atendimento a pessoas com sofrimento mental. Além disso, há pouca articulação desses serviços com aqueles ofertados em nível municipal.

Outro serviço vinculado à rede estadual é o Centro de Atendimento e Proteção ao Adolescente Usuário de Tóxico (CAPUT). Originalmente, esse serviço foi criado em parceria com a Vara Infracional da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, acolhendo, portanto, adolescentes usuários/as abusivos de álcool e outras drogas que também cometeram algum tipo de ato infracional. Atualmente, o CAPUT atende também a adolescentes oriundos de outros contextos e encaminhamentos, incluindo demandas

espontâneas. Até o fechamento desta pesquisa, esse era o único serviço que oferecia atendimento especializado a adolescentes e com foco específico na questão álcool e outras drogas; no entanto, como foi colocado anteriormente, neste ano o serviço será suspenso. Uma das razões apontadas é a de que o mesmo não se enquadra nos princípios do SUS. Ainda sobre a política estadual de álcool e outras drogas, cabe ressaltar a concentração de investimentos, nos últimos anos, nos convênios com as Comunidades Terapêuticas, o que sinaliza um retrocesso na política - quando tomamos como base a Reforma Psiquiátrica, que aposta no fortalecimento do SUS e cujos pressupostos envolvem, entre outros, o tratamento em liberdade e a singularidade de cada sujeito.

No que diz respeito à política municipal de álcool e outras drogas, atualmente é o Programa Recomeço o principal estruturador dos equipamentos e serviços ofertados, abrigando ações de prevenção, tratamento e reinserção social. Dentre os seis serviço/equipamentos que compõem as ações de tratamento, estão em execução os Consultórios de Rua, os Centros de Referência em Saúde Mental para Usuários/as de Álcool e outras Drogas (CERSAM-AD), o Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAM-i) e os Leitos Hospitalares, que, como já destacamos, não são ofertados em todas as regionais da cidade.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) – a porta de entrada para o atendimento à saúde básica, diretamente vinculadas ao território – cumprem importante papel no tratamento de pacientes em sofrimento mental e/ou usuários/as abusivos de álcool e outras drogas, já que estão articuladas aos demais equipamentos de saúde mental e a programas como o Saúde da Família. Também alocadas à rede de atendimento básico, as Equipes Complementares de Saúde Mental da Criança e do Adolescente oferecem atendimento específico ao público infanto-juvenil, muito embora tenham foco na questão da saúde mental, de forma geral, e não especificamente na questão álcool e drogas. Outro ponto a se destacar é que cada uma das 147 UBS contam com, ao menos, um/a profissional de saúde mental, acionado/a conforme a demanda. O princípio territorial que estrutura o SUS se mostra importante, já que a reconstrução e/ou o fortalecimento dos vínculos comunitários do sujeito em situação de sofrimento mental e/ou abuso de álcool e/ou outras drogas são considerados fundamentais pelos/as profissionais que adotam os princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica. Essa perspectiva está presente, além das UBS, nos Consultórios de Rua e nos CERSAM-AD e CERSAM-i.

Outra observação importante é em relação ao Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAM-i): esse equipamento, embora não ofereça cobertura a todas as regionais de Belo Horizonte, oferece atendimento específico ao público infanto-juvenil. Muito embora o foco do serviço não recaia sobre a questão álcool e outras drogas, ele acolhe crianças e adolescentes usuários abusivos de substâncias psicoativas e dispõe de grande articulação com outros serviços e equipamentos da Saúde e da Assistência social, o que contribui para a assistência integral aos sujeitos ali atendidos. Por outro lado, os Consultórios de Rua são voltados especificamente para a questão álcool e outras drogas, adotam a perspectiva da redução de danos e atendem aos/às usuários/as nas próprias cenas de uso. O público atendido, em grande parte jovem, é talvez o que se encontra em mais grave situação de vulnerabilidade social, com pessoas em situação de perda ou ruptura de vínculos familiares e comunitários e alvos de discriminação e preconceito. Por isso, a atuação dessas equipes cumpre papel indispensável na política municipal de álcool e outras drogas.

Diante do exposto, pode-se chegar a algumas importantes conclusões. A primeira delas é que as políticas de álcool e outras drogas são bastante recentes, em todos os âmbitos – federal, estadual e municipal. Isso pode ser justificado pelo fato de que o poder público só veio a tratar questão do abuso de álcool e outras drogas como questão de saúde pública nos últimos 15 anos, como resultado de longos períodos de luta da sociedade civil e que culminaram na chamada Reforma Psiquiátrica. Essa constatação nos leva a outras conclusões, quais sejam: de que ainda há na sociedade grande obscuridade e preconceito em torno do sofrimento mental e/ou do uso e abuso de álcool e outras drogas. Tais questões carecem de espaços de discussão social permanentes, a fim de que sejam desvelados e enfrentados preconceitos e discriminações. Isso, por sua vez, permite afirmar que a questão das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas se conforma ainda como um campo de disputas. Infelizmente, são freqüentes posições não raro defensoras do proibicionismo, da repressão, da abstinência e da privação da liberdade como saídas para uma questão que é muitíssimo mais complexa. Estão, muitas vezes, carregadas de moralismo e avessas à promoção e à defesa dos direitos humanos, sendo até mesmo promotoras de violações. Ademais, a realidade nos mostra que esse tipo de abordagem não obteve e segue sem obter eficiência no tratamento dessas questões em interface com o gravíssimo problema da violência, especialmente entre jovens.

Por fim, especificamente em relação a políticas de álcool e outras drogas voltadas a adolescentes e jovens, fica evidente que há ainda um longo percurso no processo de construção desse tipo de política. Isso se evidencia tanto na análise das diretrizes que orientam as políticas existentes, a partir da fala de parte considerável dos/as profissionais entrevistados/as. Essa constatação é de grande relevância quando nos atentamos para o fato de que esse conjunto da população, especialmente jovens de 15 a 24 anos, está diretamente suscetível a um contexto de vulnerabilidade e violência que, por sua vez, apresenta grande relação com a criminalização das drogas. Vale lembrar que grande parte das vítimas de homicídios hoje no Brasil, bem como a maioria das pessoas encarceradas, é composta por jovens negros, e ambos os contextos estão intimamente relacionados ao problema da criminalização do comércio de drogas¹⁵. Por essas razões é que as políticas de álcool e drogas precisam ser compatíveis à complexidade do problema, que não se restringe ao campo da saúde e se apresenta como tema transversal – devem, assim, ser intersetoriais e articuladas por várias áreas de políticas. Por fim, tornam-se urgentes a criação de espaços ampliados de debate, em que sejam ouvidas as vozes dos principais implicados/as no tema: adolescentes e jovens.

¹⁵ Para mais informações sobre as estatísticas de jovens vítimas violência letal e de jovens encarcerados, consultar as publicações dos Mapas da Violência e do Mapa do Encarceramento no Brasil, em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf> e <http://www.pnud.org.br/arquivos/encarceramento_WEB.pdf>, respectivamente. Acesso em 29 de junho de 2015.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA MINAS. *Cartão Aliança pela Vida já atendeu a mais de 500 usuários de drogas no Sul de Minas*. Disponível em: <<http://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticias/cartao-alianca-pela-vida-ja-atendeu-a-mais-de-500-usuarios-de-drogas-no-sul-de-minas/>> Acesso em 24 de março de 2015.

BELO HORIZONTE, Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional (CIA). *Relatório Estatístico*. 2010. Disponível em: <http://ftp.tjmg.jus.br/ciabh/relatorio_estatistico_2010.pdf> Acesso em 23 de março de 2015.

BELO HORIZONTE, Prefeitura de Belo Horizonte. *Decreto nº 14.944, de 29 de junho de 2012. Institui o Programa Recomeço e dá outras providências*. 2012. Disponível em: <<http://www.cmbh.mg.gov.br/leis/legislacao>> Acesso em 23 de junho de 2015.

BRASIL POST (BP). *As drogas mais usadas no mundo, de acordo com a Pesquisa Global de Drogas de 2014*. 2014. Disponível em: <http://www.brasilpost.com.br/2014/04/26/drogas-mais-usadas-2014_n_5218600.html> Acesso em 13 de março de 2015.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (COSEMS). *Programa “Aliança pela Vida” foi lançado pelo governador de Minas Gerais, Antonio Anastasia*. Disponível em: <<http://www.cosemsg.org.br/index.php/ultimasnoticias/770-programa-alianca-pela-vida-foi-lancado-pelo-governador-de-minas-gerais-antonio-anastasia>> Acesso em 20 de março de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. 2011. 200 p.

ESCOLA BRASILEIRA DE PSICANÁLISE (EBP). *Testemunho de Felipe Lacadée sobre o Consultório de Rua*. Disponível em: <<http://www.encontrocampofreudiano.org.br/2014/11/lenfer-les-anges-et-lidiot.html>> Acesso em 16 de março de 2015.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ). *Conheça o Programa Crack, é possível vencer*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJ7CBDB5BEITEMIDC446CF6A4B594946857BAD9E15E39512PTBRNN.htm>> Acesso em 24 de março de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Portaria n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II*. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>> Acesso em: 23 de março de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: MS, 2003. 60 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro 2010, 48 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. 2011. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 30 de junho de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. 2015a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 16 de mar. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. 2015b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf> Acesso em: 16 de mar. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). *Projeto Sustentador 05: Recomeço*: programa de prevenção, tratamento e reinserção social do usuário de drogas e sua família. Belo Horizonte: PBH, 2014. 18 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). *Distritos Sanitários*. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=distritos/index.html>> Acesso em: 23 de mar. 2015.

TOTUGUI, M.L.; GIOVANNI, M.D.; CORDEIRO, F.; DIAS, M.K.; DELGADO, P. G. G. *Álcool e outras Drogas como Desafio para a Saúde e as Políticas Intersetoriais*: contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. In: Vasconcelos, E. M. *Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Editora Hucitec. São Paulo: 2010. pp. 93 – 113.

Sites visitados:

Câmara Municipal de Belo Horizonte. Legislação. Disponível em: <<http://www.cmbh.mg.gov.br/leis/legislacao>> Acesso em 15 de maio de 2015.

Centro de Acolhimento SOS Drogas. Disponível em: <<http://www.omid.mg.gov.br/index.php/sos-drogas>> Acesso em 24 de março de 2015.

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/>> Acesso em 24 de março de 2015.

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=saude>> Acesso em 03 de junho de 2015.

Observatório Crack, É Possível Vencer (oc). Balanço do programa. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/balanco-programa.html>> Acesso em 24 de março de 2015.

Observatório Mineiro de Informações sobre Drogas. Disponível em: <<http://www.omid.mg.gov.br/>> Acesso em 18 de junho de 2015.

ONG Oficina de Imagens. Disponível em: <<http://oficinadeimagens.org.br/>> Acesso em 17 de junho de 2015.

ANEXOS

AEXO 1 – Centro de Atendimento e Proteção a Jovens Usuários de Tóxicos (CAPUT)

Perguntas:

1. Em que consiste o Caput e como é o seu funcionamento?
2. Qual é o perfil do público atendido pelo equipamento?
3. Qual é a composição técnica do Caput – psicólogos, médicos, assistentes sociais etc.?
4. Quais são os fluxos na rede de atendimento para que uma pessoa seja encaminhada ao Caput? É possível buscar espontaneamente o serviço?
5. Que “requisitos” a pessoa tem que cumprir para estar neste equipamento público?
6. O Caput é um equipamento público de urgência ou de encaminhamento? Ele atende somente encaminhamentos ou urgências também? Se sim, que tipos de urgências?
7. Quais os tipos de abordagem realizados pelo equipamento – atendimento clínico, medicação, drogadição...
8. Além do Caput, quais equipamentos semelhantes há em BH que você conheça? Quais as semelhanças e diferenças em relação ao Cersami?
9. O fato de a maioria dos adolescentes também terem cometido atos infracionais influencia no atendimento? De que forma?
10. A quantidade de equipamentos para acolhimento de adolescentes e jovens em drogadição é suficiente para atender à demanda? Por quê?
11. Quantos jovens já passaram pelo Caput? Quantos se encontram em atendimento hoje? De onde os jovens se originam (quais regiões da cidade)?
12. Como o Caput se articula com os outros serviços da rede?
13. O que você vê que precisa ser melhorado no serviço do Caput? Quais são os maiores desafios para a realização do serviço?

ANEXO 2 - Centro de Referência em Saúde Mental – Álcool e Drogas (CERSAM-AD)

Perguntas:

1. O que é o Cersam-AD? Ele funciona nos mesmos moldes que um CAPS-AD? Qual é o seu horário de funcionamento?
2. Qual é o público atendido pelo equipamento?
3. Qual é a composição técnica do Cersam-AD – psicólogos, médicos, assistentes sociais etc.?
4. Como que uma pessoa chega ao Cersam-AD?
5. Qual é o fluxo de atendimento na rede para que uma pessoa chegue ao Cersam-AD?
6. Que “requisitos” a pessoa tem que cumprir para estar neste equipamento público?
7. O Cersam-AD é um equipamento público de urgência ou de encaminhamento? Ele atende somente encaminhamentos ou urgências também? Se sim, que tipos de urgências?
8. Além do Cersam-AD (Regional X), quais outros Cersams que você conhece? A quantidade é suficiente para a demanda?
9. Quantos pacientes se encontram em tratamento? Desses, quantos são adolescentes e jovens?
10. Qual é a abordagem clínica utilizada? Medicação, redução de danos...?
11. Qual é a articulação do Cersam-AD com os outros serviços da rede?
12. O que você vê que precisa ser melhorado no serviço do Cersam-AD?
13. Hoje, qual é o maior desafio para a realização do serviço?
14. Existe vínculo entre os Cersams-AD e as comunidades terapêuticas? Se sim, como ele se dá?

ANEXO 3 - Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAM-i), da regional
Noroeste

Perguntas:

1. Quando foi criado o Cersami em BH? Foi inspirado em centros de outras cidades? Se sim, quais? Quais as influências da Reforma Psiquiátrica na constituição desse equipamento?
2. Quantas crianças e adolescentes são atendidos por dia? E a média mensal? Desde a criação do serviço, quantas pessoas já passaram por ele?
3. Qual o perfil do público majoritário que acessa esse serviço? O serviço acompanha tanto crianças em sofrimento mental como os casos de uso e abuso de drogas? Como é a interação entre esses usuários (psicóticos e usuários de álcool e drogas)?
4. Quais são os fluxos para encaminhamento de crianças e adolescentes ao Cersami? Quais características da adicção indicam que é hora de buscar o serviço?
5. Os/as profissionais do Centro realizam busca ativa de crianças e adolescentes em situação de uso e abuso de drogas?
6. O público – ou seus responsáveis legais - podem buscar o equipamento por conta própria?
7. Como o Cersami se relaciona com outros equipamentos da rede de saúde? E com equipamentos ligados à educação, assistência social, cultura...?
8. A implantação do Consultório de Rua teria aumentado a demanda dos pacientes em situação de rua?
9. Aos adolescentes que se encontram também em atendimento socioeducativo é oferecido um tipo de atendimento especial?
10. Qual tratamento é oferecido no Cersami [medicamentos, atendimento psicológico, redução de danos...]? Que tipo de intervenções são oferecidas?
11. Como é mensurada a eficácia desse tratamento? É possível aferir o percentual de reincidência dos usuários/as?
12. Só existe um Cersami em BH. Quais regiões da cidade são prioritariamente atendidas? E como os moradores de outras regiões acessam o serviço?
13. A oferta de atendimento é suficiente para atender à demanda? Como o Centro procede em caso de insuficiência de vagas para atendimento? Existe a possibilidade de ampliação do serviço?
14. Quais os maiores desafios enfrentados hoje pelo serviço?

ANEXO 4 - Centro de Referência Especializado da Assistência Social para a População de
Rua Infante-Juvenil (CREAS/POP)/Unidade Miguilim

Perguntas:

1. O que é o Miguilim? Qual o seu objetivo?
2. Qual o seu papel dentro da política de assistência social no município?
3. Como o espaço trabalha em relação a jovens em drogadição?
4. O Miguilim dialoga com as outras políticas sobre drogas no município? Como acontece esse diálogo/articulação?
5. Qual é o fluxo de atendimento desse público no Miguilim?
6. Como é feita a abordagem com os jovens em tal situação? Há procura ativa ou os adolescentes são encaminhados?
7. Quais são os maiores desafios e dificultadores em relação a esse público?
8. O que você identifica como um resultado do serviço?

ANEXO 5 - Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) e Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)

Perguntas:

1. Quais serviços vinculados à FHEMIG oferecem tratamento para usuários de álcool e drogas?
2. Qual é a relação desses serviços com as comunidades terapêuticas? Os serviços encaminham para as comunidades? Em que caso? O fluxo contrário acontece (comunidades encaminham para os serviços)?
3. Qual é o perfil dos usuários atendidos pelos serviços (Sexo / Gênero / Faixa etária / Perfil socioeconômico / Escolaridade / Tipo de droga / Quem dá entrada / Tempo de consumo / Idade de início / Quantidade consumida / Já foram vítima de violência)?
4. Qual desses serviços atende a crianças e adolescentes que tenham relação com álcool e drogas?
5. Qual é o percentual de pacientes dos hospitais Raul Soares e Galba Veloso que estão tratando da questão de álcool e drogas? Destes, quantos chegam ao tratamento através de internação compulsória?
6. Como se dá a articulação dos serviços do estado com os serviços do município? Há diálogo entre os serviços? Há um fluxo de encaminhamento?
7. Em que medida o tratamento oferecido no CMT se assemelha ao CERSAM AD?
8. Qual a relação dos serviços coordenados pela Fhemig e o projeto Aliança pela vida? E com o CAPUT?

ANEXO 6 - Consultório de Rua da regional Oeste

Perguntas:

1. Conte um pouco sobre a implementação do Consultório de Rua em BH e a relação com os territórios durante essa implementação.
2. Como você se envolveu com essa política e qual seu histórico de atuação nessa área?
3. Quantas equipes trabalham em BH hoje e em quais regionais? Quais os critérios para essa distribuição territorial? De que forma o uso do álcool e outras drogas se relaciona ao território em BH?
4. Qual a composição das equipes? Quais as principais metodologias de trabalho das equipes de CR hoje? Como elas variam em função dos territórios e do público atendido, especialmente para crianças e adolescentes?
5. Quais as características da drogadição em crianças e adolescentes e jovens-adultos em situação de rua? O serviço faz levantamentos quantitativos de seus usuários?
6. Como os usuários recebem as propostas ligadas à redução de danos, em contraposição às intervenções tradicionais pautadas na abstinência?
7. Quais seriam as inovações na abordagem proposta pelo CR e quais seriam os principais “resultados”?
8. Como se dá a articulação com outros serviços da rede de atenção - tanto para encaminharem para o CR quanto deste para outros?
9. Existe demanda para a ampliação do serviço? Quais os maiores desafios para a realização do serviço?
10. Como gostaria de ser identificado?

ANEXO 7 - Fórum Mineiro de Saúde Mental

Perguntas:

1. O que é o Fórum Mineiro? Como ele se articula para pautar as políticas relacionadas à saúde mental em BH?
2. Quais instituições e movimentos compõem o Fórum?
3. Na sua visão, como está a estruturação do funcionamento dos equipamentos públicos no que se refere à política AD para adolescentes e jovens em BH?
4. Quais são as principais conquistas que BH tem em relação à política AD para adolescentes e jovens?
5. Quais são as principais dificuldades encontradas no sistema?

ANEXO 8 - Frente Mineira sobre Drogas e Direitos Humanos

Perguntas:

1. Em que consiste a Frente Mineira? Quem são seus principais integrantes – instituições e profissionais?
2. Há técnicos que atuam no sistema de saúde e que participam da Frente? Como se dá essa participação?
3. Quais são os principais pontos que a Frente discute em relação à política de drogas? De que forma esse debate é regionalizado para o contexto de BH e RMBH?
4. Qual o papel da Frente Mineira no debate sobre as políticas públicas voltadas ao tratamento da drogadição entre adolescentes e jovens em Belo Horizonte? De que forma a Frente intervém nessas políticas? Como é a relação com o poder público?
5. Para a Frente, quais são os principais desafios ligados a essa política? E os principais ganhos desde a Reforma Psiquiátrica?

ANEXO 9 - Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas (NAMSEP)

1. O que é o NAMSEP? Qual o seu objetivo?
2. Qual o seu papel dentro da política de álcool e outras drogas no município?
3. Como o espaço trabalha em relação a jovens em drogadição?
4. O NAMSEP dialoga com as outras políticas sobre drogas no município? Como acontece esse diálogo/articulação?
5. Qual é o fluxo de atendimento?
6. Como é feita a abordagem com os jovens em tal situação? Há procura ativa ou os adolescentes são encaminhados?
7. Quais são os maiores desafios e dificultadores em relação a esse público?
8. O que você identifica como um resultado do serviço?

ANEXO 10 - Programa Recomeço Programa de Prevenção, Tratamento e Reinserção Social do Usuário de Drogas e sua Família;

1. Como o Programa de Políticas Públicas sobre Drogas está organizado? Quais são as políticas públicas sobre as drogas existentes hoje em Belo Horizonte? Quais são os principais serviços e equipamentos para atendimento ao usuário?
2. A que secretaria o programa está vinculado? Houve uma mudança? Por quê?
3. Existem políticas específicas para o atendimento de adolescentes e jovens? Quais são os serviços/equipamentos direcionados para esse público?
4. Entre as propostas do Decreto nº14.944 de 29 de junho de 2012 que Instituiu o Programa Recomeço, estava a elaboração do Plano Municipal de Políticas sobre Drogas em conjunto com o Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas. Nesse sentido, o que foi feito desde então dentro desse Plano Municipal de Políticas sobre Drogas?
5. Como é a relação entre o atendimento de adolescentes e jovens e a demanda apresentada? Os serviços e equipamentos dão conta dessa demanda (há regiões descobertas? Há sobrecarga da equipe)? O que está sendo feito para equacioná-la?
6. Como os serviços das diversas áreas se relacionam (assistência, saúde mental, educação, cultura)?
7. Como é a relação entre os serviços/equipamentos direcionados a adolescentes e o sistema socioeducativo? Há fluxos específicos?
8. Quais são as prioridades das políticas sobre drogas no município em termos de abordagem clínica (medicação, redução de danos)? Como isso está alocado em termos orçamentários?
9. Quais são os principais desafios para a política de drogas em Belo Horizonte?

ANEXO 11 - Unidade Básica de Saúde da regional Nordeste;

Perguntas:

1. Como a política de saúde mental estrutura o atendimento a usuários de álcool e drogas no âmbito dos centros de saúde?
2. Você poderia resgatar o histórico de implantação das Equipes de Saúde Mental nos centros de saúde?
3. Como são compostas as Equipes de Saúde Mental? E as Equipes Complementares de Atenção à Criança e ao Adolescente?
4. Todas as unidades básicas têm Equipes de Saúde Mental?
5. De que forma esse atendimento se relaciona com o PSF?
6. Qual é o perfil dos usuários de álcool e drogas atendidos nos Centros de Saúde?
7. Como são os fluxos de atendimento?
8. Qual é a articulação dos Centros de Saúde com os outros serviços da rede de saúde mental, incluindo os hospitais psiquiátricos? E com os serviços e equipamentos ligados à assistência social, educação etc?
9. O que precisa ser melhorado no serviço para usuários de álcool e drogas dos Centros de Saúde? Quais são os maiores desafios para o atendimento aos usuários?
10. Qual a diferença do tratamento do abuso de álcool e drogas em um serviço de atenção básica e em um serviço especializado?
11. O serviço é individualizado ou se pensa em atividades em grupo para tratar os usuários?
12. Você consegue visualizar uma diferença de um usuário que faz uso da droga ilícita/lícita, do ponto de vista do tratamento?
13. A dinâmica dos territórios em que estão os centros de saúde influencia no uso de substâncias psicoativas?
14. Qual é a relação da política sobre drogas nos centros de saúde com o projeto Arte da Saúde (vinculado à atenção básica)? Os centros têm recebido a demanda de adolescentes que fazem uso e abuso de drogas? Como tem sido essa articulação?