

Título do capítulo	CAPÍTULO 4 – POLÍTICAS DE CUIDADO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO
Autores(as)	Maria Paula Gomes dos Santos Roberto Rocha C. Pires
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-018-9/cap4

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

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2021

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

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

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

POLÍTICAS DE CUIDADO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO

Maria Paula Gomes dos Santos¹
Roberto Rocha C. Pires²

1 INTRODUÇÃO

Por quase todo o século XX, as aproximações do Estado brasileiro com as pessoas identificadas como usuários de drogas se deram, predominantemente, por meio de seu braço penal. Desde que internalizou, em legislação pátria, acordos e convenções internacionais que recomendavam maior controle sobre a produção, o comércio e o uso de determinadas substâncias (hoje conhecidas como *drogas*), no início dos anos 1920, o Brasil passou a impor, a estas pessoas, penas privativas de liberdade, em cárceres comuns ou manicômios. Somente no fim daquele século que as necessidades de cuidados específicos a este público ganhariam espaço em agendas governamentais, tornando-se objeto de políticas públicas assistenciais.

Nesse meio tempo, cuidados aos chamados *toxicômanos*³ eram providos por instituições médicas, filantrópicas e religiosas, que muitas vezes emulavam experiências mais ou menos bem-sucedidas em outros países (principalmente nos Estados Unidos), todas elas voltadas ao propósito de promover a abstinência e a “reinserção” de tais pessoas na sociedade, como sujeitos disciplinados, economicamente produtivos e politicamente dóceis.

A partir do novo século, uma reforma da política brasileira de saúde mental⁴ reorientaria o modelo assistencial a pessoas em sofrimento mental, tendo em vista reduzir a centralidade das internações psiquiátricas em favor da intensificação de cuidados de base comunitária,⁵ em serviços abertos. Estas mesmas providências

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

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

3. Utilizamos neste estudo a terminologia empregada ao longo de grande parte do século XX.

4. Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001).

5. Segundo Góngora, Salazar e Borja (2020): “O Tratamento Baseado na Comunidade (TCC) (...) propõe uma abordagem do problema do consumo de drogas a partir de um modelo sistêmico (denominado ECO2) segundo o qual a vulnerabilidade dos usuários de drogas está fortemente relacionada à estrutura e densidade de suas redes sociais” (Machín, 2010; 2011; Milanese, 2005; 2010; 2012).

seriam, em seguida, estendidas à assistência de usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2003). Além do cuidado em liberdade, a nova política do Ministério da Saúde (MS) para este público instituiria a *redução de danos* (RD), como princípio e ética do cuidado: a *Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* – Pauad (Brasil, *op. cit.*). Esta política seria implementada em todo o território nacional até os dias atuais, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2006, uma mudança na legislação sobre drogas⁶ estabeleceria a diferenciação penal entre os crimes de tráfico e uso de drogas, abolindo penas privativas de liberdade para usuários e atribuindo ao Estado a responsabilidade de pôr à disposição destes, serviços de assistência à saúde. Por certo, estas mudanças não resultaram no desaparecimento da criminalização do usuário de drogas, nem das instituições assistenciais fechadas ou de tratamentos focados exclusivamente na abstinência no país. De um lado, como demonstrado por diferentes autores, agentes da base dos sistemas brasileiro de justiça e segurança pública, com sua persistente seletividade penal, permaneceriam tratando, como traficantes, aqueles usuários que provêm dos estratos sociais mais vulneráveis da sociedade (Boiteux, 2006; Campos, 2015). De outro, modelos assistenciais pautados na internação e na abstinência continuariam recebendo financiamento público e exercendo forte apelo sobre a sociedade, a despeito de seu sucesso controverso (Santos, 2018).

Os abalos ocorridos no ambiente político brasileiro nos últimos anos, que levaram ao *impeachment* presidencial de 2016 e à reorientação de diversas políticas públicas nacionais, propiciaram também uma nova inflexão nas políticas sobre drogas. Desde então, novos regulamentos⁷ têm determinado a proscrição das práticas de RD, recolocando a centralidade da abstinência e das internações em meio fechado nos programas de assistência a usuários de drogas do país. Este processo, ainda em curso, se dá em meio a muitos conflitos e resistências – entre o atual governo federal, de um lado, e os governos subnacionais e as organizações da sociedade civil (OSCs), de outro –, amplificando um confronto entre modelos de cuidado que, à análise de sua camada mais profunda, revela um dissenso maior, em torno do estatuto social das drogas e do lugar social de seus usuários.

Este capítulo visa traçar as grandes linhas desse quadro e abordar, em detalhes, a implementação da Pauad de 2003. Esta política representou uma mudança de paradigma na atenção a pessoas com problemas decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, não só porque deslocou o primado da abstinência, mas também porque traz implícito, em sua concepção, o desafio de restituir os direitos de cidadania a estas pessoas. Considerando este desafio, nos interessa também, por intermédio da

6. Lei nº 11.343/2006 (Brasil, 2006).

7. No dia 11 de abril de 2019, o presidente Bolsonaro assinou o Decreto nº 9.761/2019, aprovando a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e revogando inteiramente o Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002.

análise das práticas cotidianas de sua implementação, refletir sobre as possibilidades e os limites desta política, de assegurar ou restituir o acesso destas pessoas aos seus direitos fundamentais.

O capítulo inicia-se com uma breve recuperação histórica sobre a evolução do estatuto jurídico dos usuários de drogas no país (seção 1), bem como da oferta de assistência e cuidado a estas pessoas (seção 2). Em seguida, apresenta-se a política do MS de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, instituída no início dos anos 2000 (seção 3). Dando continuidade, analisamos a implementação desta política na realidade do Distrito Federal (seção 4). Por fim, discutimos alguns achados da pesquisa feita no DF, que se mostram relevantes para a compreensão dos desafios apresentados no processo de transformação das modalidades de atenção e cuidado pretendidas pela Pauad, de 2003, com especial atenção para as suas repercussões no atendimento aos segmentos vulnerabilizados da população (seção 5).

2 HISTÓRICO DA REGULAÇÃO DO USO DE DROGAS NO BRASIL

A trajetória das políticas de regulação do uso de substâncias denominadas *drogas* no Brasil não se distingue muito da de outros países, principalmente os da região latino-americana. Em grande medida, estas políticas têm origem em preocupações de setores da medicina com os efeitos hiatrogênicos de substâncias utilizadas na prática médica, desde o fim do século XIX, como analgésicos – a morfina e a cocaína.

A essas preocupações, e também a movimentos geopolíticos protagonizados pelas nações então mais poderosas, seguiram-se acordos e convenções internacionais que incitaram os países signatários à proscrição do uso de determinadas substâncias, os quais se sucederam, ao longo do século XX, ampliando cada vez mais o leque de substâncias proscritas e o número de países envolvidos. Foi assim que, em pouco mais de cem anos, um vigoroso mercado internacional de substâncias psicoativas foi substituído por um consenso internacional em torno da proibição do uso e da produção do comércio destas (Rodrigues, 2008).

No Brasil, a primeira norma repressiva ao uso da maconha havia sido editada na primeira metade do século XIX: “É proibida a venda e o uso do ‘pito de pango’,⁸ bem como a conservação dele em casas públicas: os contraventores serão multados, a saber, em 20\$000, e os escravos, e mais as pessoas que deles usarem, em três dias de cadeia” (Petuco, 2019, p. 46 *apud* Robinson, 1999, p. 116).⁹

Essa medida dirigia-se, entretanto, às classes populares – majoritariamente integradas por pessoas negras e escravizadas, às vezes forras – que, na capital do Império, mantinham o costume de se reunirem em “rodas” para fumar o tal *pito*.

8. Como era então conhecido o cigarro de maconha.

9. Art. 7^a da Lei de Posturas da Cidade do Rio de Janeiro. 1830. Câmara Municipal do RJ.

Tinha-se aí mais uma entre diversas iniciativas destinadas à criminalização de um extenso rol de práticas socioculturais cultivadas por aquelas pessoas, tais como a capoeira e os rituais sagrados de matriz africana (Petuco, 2019; Souza, 2016).

Segundo Adiala (2016), a representação hegemônica sobre o uso de substâncias, hoje denominadas *drogas*, como patologia definida em categoria diagnóstica específica – a *toxicomania* – teria sido a pedra de toque para o movimento de repressão ao seu uso e é neste sentido, portanto, que se pode dizer que o estatuto social do uso de drogas é essencialmente medicalizado (Fiore, 2006, p. 41). Na virada do século XIX para o XX, o *morfnismo* e o *cocainismo* seriam identificados como “vícios elegantes”, visto que afetavam as classes mais abastadas (Adiala, 2016). À mesma época, o alcoolismo também seria considerado problemático, mas sobretudo quando presente nas classes populares (Santos, 1995 *apud* Petuco, 2019). Teorias higienistas e eugenistas, muito influentes então, fomentavam a percepção de que a *toxicomania*, o alcoolismo e o *canabismo* provocavam “taras degenerativas”, causadoras da degenerescência das famílias e da própria espécie (Adiala, 2016; Petuco, 2019; Santos, 1995). Segundo Boiteux e Pádua (2014, p. 66), “essa visão higienista do período serviu de inspiração para a internação obrigatória que hoje existe como política pública”.

A sugestão de controle, pelos estados nacionais, sobre a morfina, a cocaína e os seus derivados adviria das primeiras Conferências do Ópio, do início do século XX – Xangai, em 1909; e Haia, em 1912 (Adiala, 2016; Carvalho, J., 2014). Mas o Brasil só internalizaria estas recomendações em 1921, quando foi instituída, pela primeira vez, em território brasileiro, a proibição da venda não expressamente autorizada destas substâncias.¹⁰ O mesmo decreto determinaria também a construção de um sanatório para internação dos toxicômanos (Adiala, 2016, p. 89). A figura jurídica deste espaço seria tipificada, “pela primeira vez, numa legislação brasileira” (Fiore, 2006, p. 30), ainda no mesmo ano.

A consolidação das políticas repressivas ao uso de diversas substâncias psicoativas se daria a partir dos anos 1930, quando se inicia o longo governo do presidente Getúlio Vargas.¹¹ Num contexto político doméstico caracterizado pela crescente redução das liberdades individuais e coletivas, e diante de um cenário internacional de avanço da coordenação entre países liderada pela Liga das Nações,¹² o governo de Vargas ratifica recomendações da Convenção de Genebra de

10. Por meio do Decreto nº 4.294/1921.

11. Getúlio Vargas foi presidente da República do Brasil em dois períodos: de 1930 a 1945 e de 1951 a 1954. Chegou ao seu primeiro e longo mandato por meio de um golpe de estado, que passou à história com o nome de Revolução de 1930. A despeito do forte viés autoritário de seu governo, foi responsável pela grande arrancada da industrialização brasileira, assim como pela atribuição de direitos sociais à classe trabalhadora. Visto ao mesmo tempo como ditador e “pai dos pobres”, Vargas seria eleito, com ampla margem de favoritismo, à presidência da República seis anos após ter sido apeado do poder. Cometeu suicídio em 1954, devido a acusações de corrupção que atingiram seu governo.

12. Criada em 1919, após a Primeira Guerra Mundial.

1931,¹³ não só limitando a fabricação e distribuição de morfina, cocaína, heroína e *canabis*, mas criando também as comissões nacional e estaduais de controle de entorpecentes (Carvalho, J., 2014; Souza, 2016; Boiteux e Pádua, 2014). Todas as normas editadas no período previam pena de prisão aos infratores (comerciantes), ou sua internação compulsória em hospícios (usuários).

Segundo o jurista Carvalho, S. (2014), a década de 1950 consolida o estereótipo moral do consumidor de drogas como “devasso”, “degenerado” e “perigoso”. Somente na década de 1960, quando o uso de algumas substâncias (especialmente, *canabis* e LSD) dissemina-se entre a juventude, na esteira da contracultura, que se difunde o “*pânico moral* que deflagrará intensa produção legislativa em matéria penal” (Carvalho, J., 2014, p. 64-65, grifo nosso). Ainda segundo o jurista, neste momento, avança a “ideologia da diferenciação”, segundo a qual caberia à legislação penal fazer distinção entre as condutas de uso e de tráfico de drogas. A primeira, devendo ser tratada como doença e a segunda como delinquência. Contudo, as normas brasileiras do período manteriam, até 1976, o mesmo tratamento penal para usuários e comerciantes, prevendo para ambos pena privativa de liberdade em prisões ou manicômios.¹⁴

Em 1976, com a edição da Lei de Drogas, o uso e o tráfico passariam a receber tratamentos distintos. Em seu art. 16, esta lei estabelecia a criminalização de condutas implicadas no uso de substâncias;¹⁵ e no art. 12, figurariam as condutas associadas ao tráfico e às penas decorrentes.¹⁶ Esta lei daria o tom da política de drogas no país pelos trinta anos seguintes, vindo a ser substituída em 2006 (Lei nº 11.343/2006), quando o país experimentava um ambiente político democrático.

A nova regulação trazia como novidade a suspensão de penas privativas de liberdade para usuários, embora aumentasse o tempo de encarceramento e o valor das multas atribuídas àqueles incriminados como traficantes. Ainda que mantida sua classificação como crime, o uso ou a posse de drogas para uso pessoal, objeto do art. 28, passou a ser penalizado com as chamadas “penas alternativas”, a saber: “I – advertência sobre os efeitos das drogas; II – prestação de serviços à comunidade; III – medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo”

13. Decreto nº 113/1934.

14. Decreto nº 385/1968.

15. “Adquirir, guardar ou trazer consigo, para o uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar”, penalizadas com “detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e pagamento de (vinte) a 50 (cinquenta) dias-multa” (Brasil, 1976).

16. “Importar ou exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar”. Pena: “Reclusão, de 3 (três) a 15 (quinze) anos, e pagamento de 50 (cinquenta) a 360 (trezentos e sessenta) dias-multa” (Brasil, 1976).

(Brasil, 2006). As condutas relativas ao tráfico, tratadas principalmente no art. 33,¹⁷ tornaram-se passíveis de penas de “Reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa” (Brasil, 2006).

De acordo com Campos (2015, p. 31), os legisladores teriam visado, com essa norma, remeter usuários de drogas para o sistema de saúde, deslocando-os do sistema de justiça criminal. Com efeito, a mesma lei determinaria a criação de um Sistema Nacional de Políticas de Drogas (Sisnad), prevendo “medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas” (Brasil, 2006, art. 1º). As atividades de atenção a usuários e dependentes de drogas, por sua vez, deveriam observar:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV- atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;

V- observância das orientações e normas emanadas do Conad;¹⁸

VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas (Brasil, 2006, art. 22).

Enfatizando o respeito aos direitos fundamentais, às peculiaridades socioculturais e à singularidade das pessoas enquadradas como *usuários ou dependentes de drogas*, e a observância das diretrizes das políticas de saúde e assistência social, a lei aponta para uma abordagem assistencial ao usuário, em lugar da resposta penal, até então praticada no país.

Ao lado dessas determinações, a legislação incidente sobre os cuidados em saúde mental, aprovada alguns anos antes (Lei da Reforma Psiquiátrica),¹⁹ estabeleceu que internações hospitalares aconteçam somente “quando os recursos

17. “Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar” (Brasil, 2006).

18. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.

19. Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica

extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001), instituindo, em seu lugar, a atenção psicossocial de base comunitária. Este modelo seria estendido, logo em seguida, às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas,²⁰ que passariam a contar com serviços públicos específicos para sua condição, subordinados à orientação da mesma política de saúde mental e seus órgãos gestores. Conforme será mais detidamente apresentado na próxima seção, o modelo de cuidado proposto por tal política, para esta clientela, deveria ainda adotar os princípios da RD.

Todas essas medidas apontavam para uma redefinição do estatuto dos usuários de álcool e outras drogas na sociedade brasileira, na direção de sua progressiva descriminalização e do resgate dos direitos de cidadania destas pessoas. No entanto, o alcance deste novo paradigma não se revelou tão amplo e efetivo como prometido, seja porque repetidas vezes, muitos usuários de drogas acabam sendo classificados como *traficantes*, pelos operadores do sistema de justiça criminal – o que tem resultado numa escalada das taxas de encarceramento (Boiteux, 2006; Campos, 2015) –; seja porque o modelo de cuidado psicossocial de base comunitária, previsto tanto na Lei de Drogas, como na Lei da Reforma Psiquiátrica, jamais se tornou hegemônico nos serviços de assistência a usuários de drogas do país, sempre interpelado por instituições, grupos de interesse e até mesmo por usuários, apegados a modelos de tratamento tradicionais, baseados em internações e na abstinência de substâncias.

Nos últimos anos, em decorrência de radicais mudanças na direção das políticas públicas brasileiras,²¹ os serviços públicos de saúde mental de base comunitária vêm sendo progressivamente ameaçados de desmonte, vítimas de subfinanciamento, em favor da retomada das estratégias de cuidado ancoradas em internações. No caso da política assistencial para usuários de álcool e drogas, este redirecionamento revela e concretiza o recuo dos processos, até então em curso, de devolução de direitos e garantias individuais a estes sujeitos.

Na próxima seção, apresentamos os modelos institucionais de cuidado a pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas praticados no país, ao longo do último século, com destaque para aquele que foi preconizado pelo MS, a partir de 2003, cuja implementação será analisada na seção 4, com base em nossas pesquisas recentes.

20. Essa política será tratada na seção 3 deste capítulo.

21. Decorrente da chegada de coalizões conservadoras o governo federal.

3 A OFERTA DE CUIDADO A USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL: MODELOS, INSTITUIÇÕES E ARRANJOS EM PERSPECTIVA HISTÓRICA

Até meados do século XX, as principais providências em relação a pessoas afetadas por uso problemático de drogas, no Brasil, eram o seu encarceramento ou a internação em manicômios e hospitais psiquiátricos, onde estas pessoas se submetiam a terapêuticas semelhantes às aplicadas a indivíduos com transtornos mentais: contenção e medicação psiquiátrica (Machado e Miranda, 2007; Vaissman, Ramôa e Serra, 2008). Nos anos de 1960 e 1970, começavam a se tornar populares também os grupos de ajuda mútua voltados à conquista e manutenção da abstinência: Alcoólicos Anônimos (AA)²² e, logo depois, os Narcóticos Anônimos (NA).²³

Conhecidos também como “irmandades”, esses grupos promovem encontros semanais entre pares (pessoas que se consideram igualmente “adictas” ao álcool ou a outras drogas), que compartilham entre si suas experiências, de forma a se ampararem mutuamente. Entre eles, o uso abusivo de álcool e outras drogas é considerado “uma doença incurável, progressiva e fatal, de base física e espiritual,” que suspende ou compromete a vontade dos sujeitos de interromper o uso de substâncias (mesmo reconhecendo os prejuízos deste uso) podendo levá-los à “loucura ou à morte prematura” (Campos, 2009; Alcoólicos Anônimos, 2002).

Essas irmandades norteiam-se pela “filosofia” dos *doze passos*: um roteiro de etapas sucessivas, a serem vencidas numa trajetória de reforma moral dos indivíduos afetados. O primeiro passo implica o reconhecimento, pelo sujeito, de sua *impotência perante as drogas/ o álcool e a perda do controle sobre a própria existência*. Do segundo passo até o sexto, apela-se a um *ser superior*, única entidade capaz de *devolver a sanidade e remover os defeitos* do apelante. Constata-se aí que, mesmo que não se configurem como grupos religiosos *stricto sensu*, estas irmandades articulam discursos de fundo religioso.²⁴

Entre o fim dos anos 1950 e início dos 1960, adeptos dos AAs organizariam as primeiras comunidades terapêuticas (CTs) nos Estados Unidos,²⁵ levando os princípios do *tratamento entre pares* e os *doze passos* para espaços residenciais de convivência comunitária (Goti, 1990; De Leon, 2014; Fracasso, 2011). Estas instituições chegariam ao Brasil poucos anos depois, pelas mãos de organizações religiosas, católicas e evangélicas, e se espalhariam pelo país desde então. Atualmente, há cerca de 2 mil CTs em todas as regiões do país (Ipea, 2017).

22. De origem norte-americana, os AAs surgiram nos anos 1930 e foram introduzidos no Brasil em 1947. Segundo diversos autores, estes grupos descenderiam de grupos religiosos que se reuniam para ler a bíblia. Sua institucionalização como irmandades voltadas à promoção da abstinência de bebidas alcoólica teria derivado da percepção de que grande parte daqueles que se reuniam em torno da leitura da bíblia haviam renunciado ao hábito de beber (Aguiar, 2011; Goti, 1990; Fracasso, 2012; Campos, 2004).

23. Adaptação do modelo dos AAs a usuários de outras drogas, introduzido no país em 1978.

24. Há indicações de que seus fundadores – William Griffith Wilson (Bill W.), corretor da Bolsa de Nova York, e Robert Smith (Dr. Bob), médico cirurgião de Akron, Ohio – se uniram ao grupo evangélico Oxford, que já fazia um trabalho de reforma moral e combate ao alcoolismo, nos anos 1920-1930.

25. Segundo alguns autores, as primeiras CTs teriam sido a Synanon (Califórnia, em 1958) e DayTop Village (Nova York, em 1963).

Localizadas, frequentemente, em sítios ou fazendas distantes dos centros urbanos, as CTs realizam internações de longa permanência (de seis a doze meses), por meio das quais executam um programa de reforma moral dos sujeitos, com base no tripé “espiritualidade, trabalho e disciplina”. Os internos têm horários determinados para acordar, comer, cuidar da higiene pessoal e participar de atividades em grupo, como orações e estudos religiosos; além de cuidar da limpeza do estabelecimento, cozinhar e, por vezes, realizar trabalhos agrícolas, agroindustriais, artesanais e de construção civil (Ipea, 2017). O trabalho é percebido, no campo das CTs, como parte fundamental da aquisição da disciplina pessoal e disposições essenciais para a construção de um novo sujeito (Santos, 2018; Brandão, 2017; Rui, 2012). Constituídas como organizações privadas ou não governamentais, estas entidades recebem financiamento público de diversos estados e municípios brasileiros, assim como do governo federal.²⁶ Dirigidas e operadas, em grande medida, por pessoas que passaram pelo mesmo processo (chamados de “conselheiros”, “monitores” ou “coordenadores”), muitas CTs contam, atualmente, com “equipes técnicas”, formadas por psicólogos, assistentes sociais, médicos e outros profissionais das áreas de saúde, serviço social e educação (Ipea, 2017).

Essa configuração – que mescla “conselheiros leigos” com “equipes técnicas”, na condução dos programas de recuperação, fazendo uso dos *doze passos* – tornou-se conhecida como *Modelo de Minesotta*,²⁷ e foi introduzida no Brasil pelo psicólogo John Burns,²⁸ que na década de 1980 inaugurou um próspero negócio de clínicas médicas privadas especializadas no tratamento de *adições*, hoje presentes em todo o país e muito procuradas por grandes empresas, para encaminhamento de seus funcionários com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas (Vaisman, Ramôa e Serra, 2008; Burns, 2002).

Irmandades anônimas, CTs e *Modelo Minesotta* consistem, assim, de metodologias assemelhadas – mais ou menos religiosas, em grande medida assentadas na estratégia dos *doze passos*, e exclusivamente focadas na abstinência de substâncias – que se difundiram e ganharam grande respeitabilidade ao longo dos anos, no Brasil. Em todas elas, as representações acerca dos usos problemáticos de álcool e outras drogas deslizam sobre um eixo simbólico em que, de um lado, está a categoria de doença incurável e, de outro, a de defeito moral. Analogamente, compartilham a ideia de que a recuperação do indivíduo depende de uma reforma moral, que passa pela aceitação de seu comportamento inadequado (o primeiro passo dos doze), o qual não se restringe ao uso de substâncias, mas envolve também egocentrismo, irresponsabilidade,

26. Não há informações de quando os estados e municípios iniciaram este financiamento. O governo federal, embora já houvesse aportado recursos em outras ocasiões, estabeleceu um programa de grande alcance com este objetivo em 2010, que se tem expandido bastante desde 2018.

27. Uma vez que descende de experiência realizada no Willmar State Hospital, do estado americano de Minesotta. Para mais detalhes, ver: <<https://bit.ly/3n9lskz>> e Spicer (1993).

28. Também ex-alcoolista.

desonestidade e até sexualidades problemáticas (De Leon, 2014; Canônico, Nunes e Santos, 2018; Campos, 2004). À exceção das clínicas privadas que adotam o modelo Minesotta, as demais instituições tendem a ser acionadas também porque seus serviços não implicam gastos financeiros elevados.

Ao fim dos anos 1980, num clima de redemocratização do país, o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), órgão colegiado vinculado ao Ministério da Justiça e envolvido no desenho da política sobre drogas, implementaria uma linha de ação de incentivos aos centros de referência em prevenção e tratamento ao uso de drogas (CRRs), voltados não só ao tratamento, mas também ao desenvolvimento de pesquisas e à formação de pessoal qualificado para atendimento clínico no campo (Machado e Miranda, 2007). Assim, a partir da coordenação de serviços e programas existentes ou em desenvolvimento em universidades, órgãos públicos subnacionais e até instituições privadas,²⁹ o Confen inaugurava um espaço de produção técnico-científica e de práticas inovadoras de cuidado e assistência a pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas (Machado e Miranda, 2007; Petuco, 2019).

Segundo Petuco (2019, p. 211), os encontros entre essas instituições, patrocinados pelo Confen, tiveram como resultado “a constituição e o fortalecimento de um território de controvérsias teórico-ético-metodológicas”, que permitiriam o adensamento conceitual das práticas de cuidado. De acordo com este mesmo autor, os vários CRRs nutriam suas experiências com aportes da psicanálise, do behaviorismo e das ideias de Olivenstein, psiquiatra francês que desde os anos 1970 desenvolvia, no seu Centro Marmottan, de Paris, uma abordagem inédita com usuários de drogas, a partir da percepção de que a relação problemática com determinadas substâncias não resultava apenas das características de cada substância, ou de cada pessoa, mas da interação entre pessoas (em sua singularidade), substâncias e contextos de uso (Olivenstein, 1985; 1988; 1990).

Seria também com o apoio decisivo do Confen que a RD – estratégia de prevenção do contágio do HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDI), adotada com sucesso por diversos países europeus – seria efetivamente incorporada ao bem-sucedido programa de DST/Aids do MS brasileiro, a partir de 1994 (Machado e Miranda, 2007). Por meio deste programa, se multiplicariam as organizações não governamentais (ONGs), financiadas por recursos públicos e internacionais, que praticariam a RD nas cenas abertas de uso de drogas no país (Passos e Souza, 2011;

29. São eles: Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (Cordato) da Universidade de Brasília (UnB); o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (Nepad) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad) da Universidade Federal da Bahia (UFBA); e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), em Minas Gerais, e Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), em Pernambuco; e Unidade de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus, de Porto Alegre (este, privado).

Petuco, 2019), disseminando assim informações sobre saúde, ofertando insumos para o uso seguro de drogas e, se necessário, facilitando o acesso de usuários a serviços de saúde e assistência social.

O pressuposto da RD é que o acesso a cuidados de qualquer tipo, por pessoas que fazem uso problemático de drogas, favorece ao autocuidado, à progressiva diminuição do consumo de substâncias e, até mesmo, a conquista da abstinência, se esta for desejada pelo usuário. Tal estratégia, portanto, destituiria o primado da abstinência, como único objetivo do cuidado a usuários de drogas.³⁰

A RD seria incorporada à Pauad, de 2003, vindo a constituir-se em um dos princípios orientadores do programa de saúde mental para estas pessoas. Segundo Petuco (2019), esta política seria o resultado do encontro entre a RD e a reforma psiquiátrica brasileira – movimento que alterou institucionalmente o modelo de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Consagrada por lei e aprovada no parlamento brasileiro (Lei nº 10.216/2001), esta reforma substituiria a assistência hospitalar (até então, o *locus* privilegiado de cuidado à saúde mental) por serviços públicos multiprofissionais, de atenção psicossocial e base comunitária – os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), equipamentos estratégicos de atenção, responsáveis também por articular toda a rede de serviços de saúde, assistência, educação, entre outros, que, nos diversos territórios, ofertariam cuidados e condições para o desenvolvimento pessoal de sua clientela. Entre os objetivos da reforma psiquiátrica estava a conquista de um lugar social positivo e não segregado para os ditos loucos – ou seja, a sua desestigmatização (Amarante, 2007).

A Pauad, adotada a partir de 2003, se constituiria na versão dessa reforma para a assistência às pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, como se verá na próxima seção.

4 A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

4.1 Desenho, conceitos organizadores e histórico recente

A Pauad organiza-se segundo os mesmos princípios e diretrizes da Política de Saúde Mental, instituída pela reforma psiquiátrica, a saber: desospitalização/desinstitucionalização, que implica deslocamento do *locus* do cuidado, de uma instituição fechada para serviços abertos, de base comunitária; atenção psicossocial, ou seja, a provisão de cuidados que incidam não somente sobre o corpo ou psiquismo dos sujeitos, mas também sobre sua integração ao corpo social (Rotelli, 2001); cuidado por meio redes intersetoriais, a ser provido por serviços diversos,

30. Tendo em vista, inclusive, que: i) as pessoas têm o direito moral de usar drogas (pois isto não tem grandes impactos coletivos); ii) algumas pessoas usarão drogas, independentemente do fato desta conduta ser ou não criminalizada; e iii) qualquer que seja a regra jurídico-legal, pessoas que usam drogas podem precisar de cuidados.

de base territorial e comunitária. A estes princípios e diretrizes, o cuidado específico a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas deve adotar a lógica ampliada da RD, estratégia que visa, principalmente, promover o engajamento dos usuários em práticas e rotinas de autocuidado e autorregulação, objetivos considerados mais relevantes do que a busca exclusiva da abstinência de substâncias psicoativas.

Esta seção detalhará cada um desses princípios/diretrizes, a partir da análise de sua enunciação no documento base da política (Brasil, 2003) e da literatura sobre saúde mental e reforma psiquiátrica, tendo em vista a análise posterior dos dados empíricos coletados nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (Caps-AD) do Distrito Federal.

4.1.1 Desospitalização e desinstitucionalização

Muito cara à reforma psiquiátrica, a premissa da desospitalização implica redução da centralidade das internações hospitalares – em especial, as de longa permanência – para o cuidado de pessoas com sofrimento mental. Praticada desde as origens da psiquiatria, a reclusão dos “alienados” era, para Philippe Pinel, o principal meio à disposição da medicina a permitir um diagnóstico acurado de cada paciente e, assim, administrar-lhes a terapêutica adequada. A sobrevivência do dispositivo de internação, na assistência em saúde mental, se assenta na percepção da periculosidade do louco, dos riscos que sua presença impõe ao convívio social e da necessidade de contê-lo e discipliná-lo para curá-lo – razão pela qual o hospital psiquiátrico (manicômio, nosocômio, hospício, asilo) se impõe como dispositivo central de gestão da loucura.

Apesar disso, Amarante (2007) afirma,

Após a Segunda Guerra, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daqueles dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana! Assim nasceram as primeiras experiências de reformas psiquiátricas (p. 40).

Ao longo da segunda metade do século XX, torna-se evidente, para diversos observadores, que as instituições psiquiátricas eram incapazes de reduzir o sofrimento mental das pessoas, provocando inclusive o seu agravamento, ao tempo em que criavam oportunidades para violações dos seus direitos individuais e humanos.

A partir de movimentos surgidos nos Estados Unidos e na Europa (Inglaterra, França e Itália), as bases da psiquiatria seriam profundamente interrogadas. Experimentos como as CTs (Maxwell Jones) e a antipsiquiatria (David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson), na Inglaterra; a psiquiatria institucional francesa (Tosquelles); a psiquiatria democrática italiana (Franco Basaglia) e a psiquiatria comunitária americana (Caplan); buscavam superar o caráter totalizador e segregador da reclusão manicomial.

No Brasil, é a psiquiatria democrática italiana, implementada por Basaglia e Rotelli, que exerce maior influência. Basaglia, membro do Partido Comunista em seu país, associava a opressão exercida pela psiquiatria à opressão do proletariado pela classe dominante. Segundo Andrade (1992), sua grande influência entre nós pode ser atribuída ao fato de sua passagem por aqui se ter dado no mesmo momento em que se multiplicavam as lutas pela redemocratização do país e pela reforma do sistema nacional de saúde (a reforma sanitária).

Nesse ambiente de contestação ao regime militar e de batalhas pela universalização do acesso aos serviços de saúde, profissionais e estudantes da área de saúde denunciam as péssimas condições das unidades psiquiátricas brasileiras, e organizam uma frente contra a exclusão social e a violência destas instituições. Esta frente, que deu origem à luta antimanicomial, propunha a eliminação do hospital psiquiátrico como recurso terapêutico, e a desmobilização de todas as instituições que delimitam um lugar para o louco às margens da sociedade.

Nesse sentido, a ideia de desinstitucionalização assume sentido mais amplo que a de desospitalização, na medida em que prevê a abolição não só do manicômio, mas também de todas as práticas postas “a serviço da disciplinarização dos corpos, da rotulação e da estigmatização dos loucos” (Padilha e Moraes, 2010, p. 2).

Como coroamento desses embates, transcorridos *pari passu* ao processo de redemocratização do país, o Congresso Nacional brasileiro aprova, em 2001, a Lei nº 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001). A partir desta norma – que estabelece a reforma psiquiátrica brasileira – as internações só podem ocorrer “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, *op. cit.*, art. 4º). Tendo instituído as modalidades de internação voluntária, involuntária e compulsória, a lei determinou também que

a internação involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta (Brasil, *op. cit.*, art. 8º, § 1º).

Com esta providência, a lei apresenta obstáculos para que as internações psiquiátricas sejam expedientes corriqueiros de reclusão de indesejáveis, e assegura às pessoas com sofrimento psíquico uma instância jurídica que garanta seus direitos individuais. Estas diretrizes também passaram a orientar a Pauad, a partir de 2003.

4.1.2 Atenção psicossocial

Segundo Costa-Rosa, Yassi e Luzio (2003, p. 4), o termo psicossocial agrega aspectos psíquicos e sociais ao objeto de trabalho da psiquiatria, vindo a

aspirar ao estatuto de conceito, a partir do momento em que lhe são acrescentadas as contribuições de movimentos de crítica mais radical à psiquiatria, como a antipsiquiatria, a psiquiatria democrática e alguns aspectos originários da psicoterapia institucional (p. 4).

Nesse sentido, o termo reflete mudanças não só no “objeto” do cuidado, mas também “na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que têm, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares” (Costa-Rosa, Yassi, e Luzio, 2003).

Assim, o objeto do cuidado deixa de ser uma “doença”, supostamente instalada num corpo ou num “cérebro”, e passa a ser a “existência-sofrimento”, necessariamente atravessada por determinantes socioculturais e políticos (Rotelli, 2001; Costa-Rosa, 2000). Daí que a atenção psicossocial não prioriza a administração de medicamentos ou a reclusão dos pacientes, mas a “escuta” deste sujeito e de seus sintomas, não para que sejam removidos, mas reintegrados à sua constituição subjetiva (Costa-Rosa, 2000).

A partir dessa ótica, a produção do cuidado deve envolver toda a experiência subjetiva da pessoa que sofre, com suas diversas demandas, e requer, portanto, uma atenção ampla. O exercício do cuidado não é mais tarefa apenas de médicos, mas também de equipes multiprofissionais e interdisciplinares – compostas inclusive por assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, artistas etc. – que, intercambiando saberes e práticas, possam dar conta das diversas dimensões das existências-sofrimento (Rotelli, 2001). Do mesmo modo, estas existências deixam de ser tratadas como passivas, nos processos de produção da saúde, devendo assumir papel cada vez mais ativo no seu tratamento, junto com suas famílias e seu círculo próximo de relações sociais.

Nos marcos da regulamentação da reforma psiquiátrica brasileira, a atenção a pessoas em sofrimento psíquico passa a se dar nos chamados serviços substitutivos ao manicômio, entre os quais, os Caps: equipamentos públicos, instalados no território de circulação de sua clientela, articulados ao conjunto de serviços sociais disponibilizados à população – não só os de saúde, mas também de assistência social, educação, lazer, habitação, acesso ao trabalho, entre outros. Os Caps tornam-se pontos de atenção especializada desta rede, com diferentes portes e capacidades, inclusive a de realizar acolhimento noturno, por períodos breves, em ocasiões de crise. Para atenção integral às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o MS instituiu, em 2004, os Caps-AD e, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), visando “ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias”, numa perspectiva intersetorial (Brasil, 2011).

4.1.3 Cuidado integral por meio de redes intersetoriais

Às diretrizes da desospitalização/desinstitucionalização e da atenção psicossocial, a política determina ainda a intersetorialidade do cuidado, tendo em vista que a política

deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (Caps-AD), devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde (Brasil, 2003, p. 18).

Para tanto, instituiu-se a Raps, com os seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 - 1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Samu 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de acolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

A articulação de *redes*, entre órgãos e agentes de distintos setores de políticas públicas, costuma ser proposta para tratar e enfrentar problemas complexos: “fenômenos multidimensionais e multideterminados, com efeitos persistentes e sem solução fácil” (Bichir e Canato, 2019, p. 243). Este é o caso do uso problemático de substâncias psicoativas e da saúde mental como um todo. Não obstante, são imensos os desafios encontrados para pôr em prática estas articulações, como constatado pela literatura. Conflitos e disputas entre instituições e agentes têm marcado as experiências de efetivação da cooperação intersetorial em diversas políticas públicas, corroborando a hipótese teórica de que a cooperação não é uma tendência natural e requer incentivos e condições especiais para que ocorra (Bichir e Canato, 2019).

4.1.4 A lógica ampliada da RD

Ainda conforme a Pauad, os dispositivos de cuidado a pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas

devem fazer uso deliberado (...) da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos (Brasil, 2003, p. 6).

Isso porque

A dependência das drogas é transtorno em que predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias (*op. cit.*, p. 8).

Nesse sentido, o documento sustenta que uma política eficaz para o setor precisa “reconhecer o consumidor, suas características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas” (Brasil, 2003).

E buscar

novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades (Brasil, 2003).

A RD comparece, então, como uma lógica a orientar o cuidado a usuários de álcool e drogas nas Raps, em contraste com as terapêuticas centradas na abstinência, que pautaram os tratamentos até então.

A abstinência não pode ser (...) o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (Brasil, 2003, p. 10).

Aqui a abordagem da RD oferece um caminho promissor. E por quê?

Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de *metodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (Brasil, 2003, p. 10).

As primeiras experiências de RD ocorreram em países europeus, nos anos 1980, com vistas ao controle da transmissão de HIV/Aids entre UDI, com significativo sucesso. Com o mesmo propósito, a RD foi adotada no Brasil pelo Programa Nacional de DST/Aids do MS, a partir de 1994. Talvez por isso uma de suas práticas mais conhecidas seja a troca ou distribuição de insumos para consumo seguro de drogas. Também fazem parte desta estratégia as terapias substitutivas, que propõem, no processo de cuidado, a troca de algumas substâncias por outras, cujos danos sejam avaliados como menores.

Outras práticas de RD visam ainda promover a cidadania dos usuários de drogas – em particular, os mais vulneráveis, em situação de rua – no sentido de levá-los a reconhecerem a si próprios como sujeitos de direitos e acessarem os serviços assistenciais públicos. A estratégia, portanto, engloba diferentes ações destinadas a mitigar prejuízos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e seu diferencial consiste em não exigir, de saída, que o usuário se mantenha abstinente (Marlatt, 1999). Neste sentido, pretende ser uma proposta de “cuidado para além das drogas” (Fórum Estadual de Redução de Danos de São Paulo, 2015), que procura engajar usuários num projeto de autocuidado.

Tendo em vista estes princípios, a Pauad poderia ser assim resumida:

proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades/famílias/usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos (...) em uma perspectiva ampliada de saúde pública (Brasil, 2003, p. 11).

4.1.5 Inflexões recentes

A relevância da Pauad se afirma por diversas razões. Primeiramente, porque ela inaugura uma tomada de posição do Estado brasileiro, por meio do MS, acerca de demanda antiga, mas até então desatendida, de uma linha de cuidado especializado a pessoas que sofrem de aflições decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Até seu advento, o país não dispunha de uma política assistencial dedicada a esta população, servindo-se apenas de ofertas da medicina privada ou de iniciativas de grupos filantrópicos e religiosos.

Em segundo lugar, essa política romperia paradigmas tradicionais do cuidado a usuários de substâncias psicoativas – até então baseados em internação e abstinência – ao introduzir a assistência em liberdade, sob a lógica da RD, em serviços de base comunitária – os Caps-AD e a Raps. Portanto, para além de estabelecer um novo modelo de assistência à saúde, esta política também incide sobre uma agenda mais ampla, de garantia e restituição de direitos a pessoas historicamente estigmatizadas e sujeitas a criminalização, interdição e exclusão.

Não obstante, precisamente por apresentar respostas contra-hegemônicas a questões socialmente sensíveis, a Pauad tem sido desde sempre questionada, seja em sua eficácia, seja em seus pressupostos; e, após sobreviver por quase vinte anos num ambiente de disputas políticas, econômicas e morais, encontra-se hoje sob risco de descaracterização. Em 2019, o governo federal editou a chamada “Nova Política de Drogas”, recomendando o abandono da estratégia de RD pelos Caps-AD. Do mesmo modo, ampliou significativamente o financiamento federal a CTs, cujo modelo de cuidado, assentado na abstinência e em internações de média e longa permanência, conflita frontalmente com princípios basilares da Pauad de 2003. A edição dessas medidas sugere que está em curso um processo de esvaziamento da política de atenção a usuários de drogas aqui analisada. Esse esvaziamento, no entanto, não tem ocorrido na ausência de conflitos e enfrentamentos. Além de críticas por parte de profissionais e movimentos sociais, diversos governos municipais, responsáveis pela gestão das Raps e dos Caps-AD no nível local, têm resistido às novas prescrições e mantido os serviços orientados pela lógica da RD.

5 A IMPLEMENTAÇÃO DA PAUAD NO CONTEXTO DO DISTRITO FEDERAL

A oferta de cuidado a pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas no Distrito Federal está a cargo da Raps, que é vinculada à Secretaria de Estado de Saúde (SES) do governo do Distrito Federal. A coordenação e gestão técnica da Raps é de responsabilidade da Diretoria de Serviços de Saúde Mental (Disam), unidade orgânica de assessoramento superior subordinada à Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS). A gestão operacional destes equipamentos (recursos materiais e humanos), no entanto, é feita pelas superintendências das regiões de saúde (SRS), que são sete: centro sul, sul, norte, leste, oeste, sudoeste e central. Cada um dos sete Caps-AD está situado em uma destas sete regiões de saúde (tabela 1). Entre os Caps-AD, três são do tipo III e quatro, do tipo II.³¹

Desde o início da implementação da Política de Atenção em Álcool e Outras Drogas no Distrito Federal, a implantação, o funcionamento e a gestão dos Caps-AD se dão por administração direta, isto é, sem a interveniência de entidades terceiras, como organizações sociais ou filantrópicas.³² Suas equipes profissionais são compostas de servidores públicos distritais, recrutados por concursos públicos e regidos pelo regime jurídico único dos servidores públicos civis.³³

TABELA 1

Tipologia, área de abrangência e população estimada – Caps-AD do Distrito Federal

Tipologia	Caps-AD (unidades)	Região de saúde	Abrangência	População coberta (aproximadamente)
Caps-AD II	Guará	Centro sul	Guará, Estrutural, Riacho Fundo I e II, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Park Way, SA I.	315.342
	Santa Maria	Sul	Gama e Santa Maria.	290.226
	Sobradinho	Norte	Planaltina, Sobradinho I e II, Fercal.	378.729
	Itapoã	Leste	Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, Jardim Mangueiral.	231.167
Caps-AD III	Ceilândia	Oeste	Ceilândia, Brazlândia.	526.871
	Samambaia	Sudoeste	Samambaia, Taguatinga, Recanto das Emas, Águas Claras, Areal, Arnieiras, Vicente Pires.	792.962
	Candango	Central	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Cruzeiro, Octogonal, Vila Planalto, Vila Telebrasilândia, Sudoeste, Varjão.	436.912
Total				2.972.209

Elaboração dos autores.

31. Os tipos de Caps foram definidos pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e modificados pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.

32. Com recursos próprios e de transferências do governo federal. Importante ressaltar que essa forma de gestão não constitui uma regra geral. Em outros municípios, como Rio de Janeiro ou Recife, por exemplo, alguns serviços são mantidos em cogestão entre o órgão público e as organizações da sociedade civil.

33. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

Esse número de unidades foi alcançado após a implementação do Programa *Crack, é possível vencer*, pelo governo federal, o qual destinou novos recursos financeiros ao MS para expansão destes equipamentos, nas diversas Unidades da Federação (UFs). Até então, o Distrito Federal contava com apenas dois Caps-AD do tipo II (Guará e Sobradinho).

No mesmo período, o Distrito Federal contava com cerca de 25 CTs (Codeplan, 2013). Em 2019, treze destas comunidades possuíam convênios, ou termos de parceria, firmados com o governo distrital, por meio da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania (Sejus). Estas parcerias são normatizadas e fiscalizadas pelo Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal (Conen/DF), órgão colegiado vinculado à Sejus. Os recursos para financiamento das CTs provêm do Fundo Antidrogas do Distrito Federal (Funpad). A maioria das CTs do Distrito Federal foi fundada nos anos 2000, mas algumas delas datam de décadas anteriores. Quase todas ofertam vagas para o público masculino acima de 18 anos, somente uma acolhe mulheres. O número de vagas oferecidas por cada CT varia de 20 a 120.

Nosso propósito, nesta seção, é analisar três temas estratégicos que se apresentam como desafios importantes para a implementação da Pauad. O primeiro refere-se às formas de entendimento da categoria RD pelos profissionais dos Caps-AD, e as transformações destas representações em práticas clínicas junto aos usuários. O segundo diz respeito às articulações de redes intersetoriais de serviços nos territórios abrangidos pelos Caps-AD. E, por fim, o terceiro desafio, apresenta-se como um desdobramento específico das articulações interinstitucionais e diz respeito às relações de cooperação e conflito entre Caps-AD e CTs no Distrito Federal. Antes, porém, apresenta-se brevemente a perspectiva analítica e a metodologia adotadas no estudo.

5.1 Perspectiva analítica e metodologia

A literatura acadêmica sobre implementação de políticas públicas tem mostrado que, entre sua concepção e desenho, e a efetiva prestação de bens e serviços à população, estas intervenções sofrem alterações, seja em função dos arranjos organizacionais montados para a sua implementação, seja em função da cultura e dos valores próprio das organizações e dos agentes implementadores – estes estão na última ponta do processo, chamados por Lipsky (1980) de “burocracia de nível de rua” (Cavalcanti, Lotta e Pires, 2019; Lipsky, 1980; Pressman e Wildavsky, 1973). É o caso, principalmente, de políticas e programas concebidos e desenhados em instâncias administrativas nacionais, mas implementados por administrações locais.

A Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003, é, portanto, um caso interessante de aplicação desse arcabouço teórico (Brasil, 2003). Formulada pelo governo federal, esta política é implementada por estados e municípios, os quais, por previsão constitucional, gozam de

autonomia, frente ao governo federal, para organizar e gerir a oferta de serviços públicos em seus territórios. Ao fazê-lo, podem promover adaptações e alterações não só em função de percepções e orientações políticas diversas, mas também da cultura de suas organizações e dos funcionários que interagem diretamente com os beneficiários (Cavalcanti, Lotta e Pires, 2019; Lipsky, 1980; Pressman e Wildavsky, 1973). A formação profissional destes funcionários, bem como:

seus princípios de justiça e ordem, seus valores sobre o bem comum e o serviço público, sua atenção a realidades sociais e psicológicas, ou a ignorância sobre uma ou outra, todos produtos de um *habitus* profissional, influenciam a maneira pela qual eles responderão às injunções do estado e se comportarão com o seu público” (Fassin *et al.*, 2015, p. 6, tradução nossa).

A pesquisa, portanto, visou observar como as diretrizes estabelecidas pelo MS, por meio da Pauad, têm sido recepcionadas e postas em prática no território do Distrito Federal, seja em função do modelo de gestão adotado pelo governo local, seja como resultado das características dos agentes que prestam os serviços de atenção psicossocial. Procurou-se compreender, ainda, em que medida as diretrizes da política convivem ou interagem com os serviços de orientação diversa, ofertados em seu território (como as CTs).

A investigação adotou metodologia predominantemente qualitativa, embora algumas informações quantitativas tenham sido coletadas e venham a compor a narrativa analítica que se procurou construir, sobre os serviços pesquisados. A estratégia de pesquisa adotada foi a observação do funcionamento dos equipamentos prestadores do serviço analisado – os Caps-AD do Distrito Federal –, bem como de entrevistas semiestruturadas com profissionais, gestores e usuários destes centros. Além desses atores, foram entrevistados dirigentes de algumas CTs localizadas no Distrito Federal e financiadas pelo governo distrital, que mantêm interações com os Caps-AD.

Os setes Caps-AD do Distrito Federal foram visitados por cerca de quinze dias, em média, cada um. Durante as visitas, observamos as rotinas de operação dos serviços em salas de espera e recepção, grupos terapêuticos, reuniões de equipes; assembleias de usuários; e realizamos entrevistas com gerentes, profissionais e usuários. A amostra de profissionais não foi desenhada para ser estatisticamente representativa da população dos Caps-AD do Distrito Federal, mas para maximizar a diversidade de perfis profissionais (Trost, 1986), ao garantir, no mínimo, cinco tipos de profissionais de diferentes formações, em cada unidade de Caps-AD estudada.

Em todas as entrevistas, utilizamos um roteiro semiestruturado e pré-formulado. Nas entrevistas com os gerentes, solicitamos também o preenchimento de formulários, visando obter informações quantitativas sobre a gestão dos serviços, tais como: número de profissionais de cada Caps-AD, sua carga horária e formação, serviços e programas ofertados no equipamento, infraestrutura do serviço, entre

outras. Aplicamos também um questionário sociométrico a gerentes e profissionais, com a finalidade de sistematizar informações sobre suas articulações com outros dispositivos do território e sobre o efetivo funcionamento das redes de serviço preconizadas pela política. A análise das entrevistas foi feita com suporte de *software* para exame de dados qualitativos e a partir de orientações da teoria fundamentada em dados (Charmaz, 2006).

5.2 Dificuldades com a implementação da RD

As entrevistas realizadas com os profissionais dos Caps-AD apontaram a existência de algumas dificuldades, entre eles, de entendimento e operacionalização da categoria RD em sua prática cotidiana.³⁴ Estas dificuldades foram justificadas por três elementos, basicamente: i) a RD seria um conceito novo e de difícil apreensão; ii) as oportunidades de capacitação oferecidas pela SES aos profissionais, sobre este tema, teriam sido escassas; e iii) o caráter contra-hegemônico da RD, isto é, sua contraposição a abordagens terapêuticas tradicionais e, portanto, às expectativas de usuários, familiares e até de profissionais.

Segundo os entrevistados, as poucas oportunidades de discussão coletiva entre gestores e profissionais dos Caps-AD do Distrito Federal, em prol de um entendimento comum acerca da RD, impuseram grandes desafios à operacionalização deste conceito na prática clínica. Assim, por meio da análise das entrevistas realizadas com profissionais dos sete Caps-AD, procuramos identificar as diferentes posturas valorativas, bem como as linhas de ação apontadas por eles. Para tanto, as entrevistas foram analisadas em sua totalidade, mas consideradas principalmente as respostas dadas a uma das perguntas de nosso roteiro semiestruturado, qual seja: *O que o(a) sr.(sra.) pensa em relação à abordagem da redução de danos?*

A primeira constatação que vale mencionar é a de que, na falta de um entendimento comum, a implementação da RD se dá sob muitas imprecisões, interrogações e indefinições; e, diante das urgências cotidianas, esta zona de imprecisões acaba ocupada por percepções idiossincráticas, marcadas frequentemente por posturas valorativas – gosto/não gosto; acredito/não acredito; e por linhas de ação que variam entre os diversos profissionais, inclusive aqueles atuantes em um mesmo serviço.

O conceito [de RD] vai sendo construído com a experiência, com a prática. E cada um enxerga a prática de uma forma, cada um enxerga a experiência de uma forma. Eu acho que, entre a gente, entre a própria equipe, tem, sim, conceituação diferente do que é redução de danos (Psicóloga Caps-AD #1).

Encontramos, essencialmente, três posturas valorativas com relação à RD: a primeira, denominada de *postura de resistência*, foi manifestada por profissionais que disseram *se opor* à RD, mesmo reconhecendo que a “lógica da RD” é uma diretriz estratégica da política que estão encarregados de implementar. Para justificar tal

34. Dos profissionais entrevistados, 61% mencionaram algum tipo de dificuldade nesse sentido.

postura, disseram “não ver sentido” na sua adoção, ou “não acreditar que funcione” e “não abrir mão, na clínica, da busca pela abstinência”. Por sua vez, encontramos uma segunda postura valorativa, denominada *entusiasta*, em um grupo de profissionais que se mostram *entusiastas da RD*, definindo-a como “algo importante”, em que “acreditam” e que traz resultados melhores do que abordagens focadas exclusivamente na abstinência.

Ainda assim, uma terceira postura se mostrou bem mais frequente no conjunto das entrevistas: a *postura pragmática*, caracterizada pela resposta *depende*. Neste caso, a aplicação da RD deve depender do “desejo do paciente” e/ou da “avaliação que os profissionais fazem do paciente”.

A última postura desafia leituras mais lineares e esquemáticas, pois se desdobra em duas vertentes. A primeira – *depende do desejo do paciente* – traduz um princípio que é muito caro ao modelo de clínica proposto pela reforma psiquiátrica: a autonomia do paciente para decidir sobre o percurso de seu tratamento, o que, no caso da clínica com usuários de AD, é a própria justificativa para a adoção da RD.³⁵ A segunda vertente – *depende da avaliação que os profissionais fazem do paciente* – remete, por sua vez, à responsabilidade e à autoridade dos profissionais de saúde frente ao “caso”, relativizando o princípio da autonomia do paciente. Chama a atenção, aqui, o fato de que, em algumas entrevistas, estas duas vertentes aparecem no discurso de um mesmo profissional, indicando a tensão e ambiguidade que atravessam a perspectiva destes agentes, ao considerar a orientação da política para a RD, por um lado; e sua posição profissional, de outro. A certa altura da entrevista, uma profissional coloca, para si mesma, a pergunta para a qual não encontra resposta fácil: “e quando o desejo do paciente não coincide com o desejo do profissional?”

Além das posturas valorativas, procuramos investigar também como os profissionais operacionalizam o princípio da RD, em suas práticas assistenciais cotidianas – ou seja, quais *linhas de ação* adotam no trabalho clínico, tendo em vista tal princípio. Identificamos, então, duas linhas de ação distintas: a primeira, chamamos de *RD de escopo ampliado*; a outra, *RD como caminho para abstinência*.

A *RD de escopo ampliado* se ancora no entendimento de que o resgate da cidadania do paciente – e não o uso de drogas, em si – é o objetivo mais relevante do cuidado. Assim, a RD é vista como estratégia que favorece à apropriação crescente, pelos pacientes, de seus direitos sociais, por meio do acesso a bens e serviços ofertados pelo Estado – saúde, educação, transferências de renda, habitação etc. Vale lembrar que, conforme estabelecido pela política, o Caps-AD tem o mandato para propiciar este acesso, uma vez que é considerado serviço estratégico de articulação de redes intersetoriais de serviços aos seus usuários.

35. Conforme mencionado na seção 1 deste capítulo.

Pra mim, [redução de danos] é quando ele consegue se reinserir socialmente. Porque o uso, muitas vezes, tira eles da sociedade; e eles ficam ali, marginalizados. Aí, ele vai se aproximando do próprio Estado – já que antes ele nem entrava em uma instituição pública, entende? Às vezes, ele consegue um benefício da assistência, um ‘auxílio vulnerabilidade’, aluga um quarto; e com o que sobra, ele compra uma roupa. É um benefício pra ele comprar, ir acessando, se aproximando aos poucos (Assistente social Caps-AD #7).

Segundo essa compreensão, a potência da RD reside na possibilidade de aproximação dos pacientes com a face providencial do Estado, entendida como etapa de um processo de reinserção social. Para tanto, o trabalho do profissional envolve (re)tecer redes de apoio social e institucional, junto com os pacientes, facilitando seu acesso às ofertas públicas.

Para os profissionais que adotam a linha de ação da RD *como caminho para a abstinência*, a cessação do uso de drogas constitui-se no objetivo principal e meta final do cuidado. A RD é apenas um *meio* para se chegar a este fim.

Na verdade, a redução de danos é uma estratégia do tratamento. Ela não pode ser considerada meta final. Eu, particularmente, vejo que o ideal para o tratamento da dependência química é a abstinência, sem dúvida. (...) Porém, muitas vezes a gente não consegue isso. Então, a gente usa a estratégia da redução de danos. Então, a redução de danos não é um fim, ela é um meio (MCLI Caps-AD #4).

Desse modo, cabe ao profissional indicar a RD àqueles pacientes que não desejam, ou não se veem em condições de interromper o uso de substâncias imediatamente, na expectativa de que, com a continuidade do tratamento, eles adquiram este desejo ou as condições para realizar a abstinência.

A linha de ação que denominamos *RD de escopo ampliado* é a que guarda maior aderência com as diretrizes da política,³⁶ na medida em que mira em ganhos pessoais e sociais que estão além do consumo de substâncias. Nesta perspectiva, a restituição de direitos aos usuários é considerada parte importante para a reversão ou mitigação dos prejuízos que adquiriram ao longo de seus percursos de uso problemático de drogas.

Por seu turno, a linha de ação *RD como caminho para abstinência* revela a resiliência, entre alguns profissionais, das concepções hegemônicas sobre o uso de drogas e as necessidades dos usuários. De acordo com esta linha, o uso problemático de substâncias psicoativas é definido por uma categoria diagnóstica – a dependência química – cujo tratamento depende da abstinência. No caso dos profissionais que se identificam com esta percepção, assim como aqueles que manifestam a postura resistente à RD, antes examinada, as inovações propostas pela Pauad, de

36. Como se pode constatar na seção 3 deste capítulo.

2003, foram parcialmente filtradas e transformadas numa versão conservadora do princípio da RD.

Esse achado confirma o que autores como Lipsky (1980) e outros haviam apontado, a respeito da implementação de políticas: as suas inúmeras possibilidades de transformação e adaptação, quando operacionalizadas pelos agentes situados na linha de frente das organizações implementadoras, os chamados *burocratas do nível da rua*, encarregados da interação direta com os cidadãos beneficiários da política. Do mesmo modo, demonstra-se aqui, mais uma vez, o caráter sempre incerto dos processos de implementação, que permitem que disputas em torno de modelos e paradigmas de políticas não se encerrem no momento de sua formulação, mas que se prolonguem no microcontexto das operações cotidianas das organizações e seus agentes.

5.3 O desafio das articulações em redes intersetoriais

Tal como discutido anteriormente, a Pauad de 2003 e suas regulamentações posteriores definiram que a atenção aos consumos problemáticos de substâncias psicoativas, além de se orientar pela lógica da RD, deveria ser integral, envolvendo a formação de redes intersetoriais de cuidado. Nesse sentido, a Raps deveria articular, em seus territórios de abrangência, serviços e instituições nas áreas de saúde (básica e especializada), assistência social, abrigo temporário e habitação, educação, emprego e renda, além de lazer, cultura e recreação, entre outros.

A produção e manutenção dessas redes requer interações contínuas entre os profissionais e trabalhadores dos diversos serviços e instituições, para que conjuntamente possam oferecer aos usuários um cuidado integral. Dada a complexidade das situações associadas aos consumos problemáticos de substâncias psicoativas – envolvendo dimensões relativas não apenas ao cuidado à saúde, mas também à reinserção social e econômica dos atendidos – as articulações em rede tornam-se estratégias imprescindíveis à resolução dos casos. Não obstante, produzir e manter estas redes impõe enormes desafios práticos, que emergem nos processos de implementação. A pesquisa empírica conduzida nos sete Caps-AD do Distrito Federal confirmou essas expectativas e permitiu maior compreensão das dificuldades concretas enfrentadas.

Por meio de questionário sociométrico, identificou-se a ocorrência de demandas feitas e recebidas pelos Caps-AD aos serviços e às instituições que integram formalmente as redes de atenção. Os resultados sintéticos podem ser visualizados nas tabelas 2 e 3.³⁷ Esses dados permitem uma apreciação do estado das relações interinstitucionais, nas quais os Caps-AD estudados se inserem. Um dos pontos

37. Observou-se uma variação pouco expressiva entre os perfis relacionais dos sete Caps-AD estudados. Por isso, optamos pela apresentação da tabela com os resultados agregados para o conjunto das setes unidades pesquisadas.

que mais chama a atenção diz respeito à localização das CTs em posições elevadas nas duas tabelas, o que será objeto de análise específica na subseção seguinte.

De forma geral, constatou-se que as instituições com as quais os Caps-AD mais interagem no cotidiano de suas operações (linhas superiores das tabelas 2 e 3), seja fazendo ou recebendo demandas, estão associadas às áreas da saúde (interações com outras unidades de Caps, *unidades básicas de saúde* – UBS, hospitais e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu), da assistência social (Centro de Referência em Assistência Social – Cras, Centro de Referência Especializado em Assistência Social – Creas e os conselhos tutelares) e do sistema de justiça (Defensoria Pública, Tribunais ou Ministério Público). Isto sugere que as operações cotidianas dos Caps-AD estão imersas, predominantemente, em um circuito médico-assistencial-jurídico. Trata-se de um circuito institucional, por meio do qual os usuários acessam recursos muitas vezes essenciais para sua estabilização.

Não obstante, numa perspectiva de efetivação da integralidade, cabe notar a flagrante incipiência de relações entre os Caps-AD e outros serviços nas áreas de educação, cultura, emprego e geração de renda, além de instituições da sociedade civil – que figuram na porção inferior das tabelas 2 e 3. A presença limitada destes componentes, no conjunto das relações estabelecidas pelos Caps-AD, é indicativa de fragilidades das redes intersetoriais de atenção, tal como prescritas nos documentos formais da política. Mais do que evidenciar um descompasso entre prescrição e ação, estas deficiências repercutem diretamente na qualidade da atenção dispensada aos usuários, os quais encontram poucos recursos e oportunidades de formação, capacitação profissional, inserção socioeconômica, recreação e envolvimento comunitário, a partir dos Caps-AD e das Raps no Distrito Federal.

TABELA 2
Tipos de instituições e serviços para os quais os Caps-AD fizeram demandas – proporção média das setes unidades (2º sem./2018)
 (Em %)

Tipos de instituições e serviços	Proporção média
CTs	98
Caps-AD (outras unidades)	95
UBS	88
Caps (outras modalidades, não AD)	76
Órgãos de justiça (Defensoria, TJDF ¹ /Seruq, ² Ministério Público)	75
Hospital psiquiátrico	73
Hospital geral (enfermaria especializada ou serviço de referência em saúde mental e AD)	73
Samu 192	69
Cras	69
Conselho tutelar	66
Creas	56
Unidade de acolhimento	52
UPA ³ 24 horas ou pronto-socorro/urgência	51
Outros (especificar)	39
Polícia	38
Equipe de Consultório na Rua	37
ONGs	36
Centro POP ⁴	35
Escolas	26
Unidades de internação (sistema socioeducativo)	25
Igreja ou instituição religiosa	21
Centros de convivência e cultura	19
Cooperativas, empresas de economia solidária ou iniciativas de geração de emprego e renda	16
Outros (especificar)	16

Fonte: Pires e Santos (2020).

Notas: ¹ Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios.

² Serviço de Assessoramento a Magistrados sobre Usuários de Drogas.

³ Unidade de Pronto Atendimento.

⁴ Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

TABELA 3
Tipos de instituições e serviços dos quais os Caps-AD receberam demandas – proporção média das setes unidades (2º sem./2018)
 (Em %)

Tipos de instituições e serviços	Proporção média
Órgãos de justiça (Defensoria, TJDFT/Seruq, Ministério Público)	93
Caps-AD (outras unidades)	87
Caps (outras modalidades, não AD)	84
CTs	84
UBS	80
Conselho tutelar	78
Hospital geral (enfermaria especializada ou serviço de referência saúde mental e AD)	73
Hospital psiquiátrico	67
Equipe de Consultório na Rua	63
Creas	59
Cras	55
UPA 24 horas ou pronto-socorro/urgência	55
Samu 192	51
Unidades de internação (sistema socioeducativo)	43
Unidade de acolhimento	40
Igreja ou instituição religiosa	40
Polícia	38
Escolas	36
Centro POP	33
ONGs	29
Cooperativas, empresas de economia solidária ou iniciativas de geração de emprego e renda	14
Outros (especificar)	14
Centros de convivência e cultura	7
Outros (especificar)	4

Fonte: Pires e Santos (2020).

As deficiências na formação e manutenção de redes intersetoriais, apontadas anteriormente, se devem a variados fatores. Em alguns casos, nota-se que instituições e serviços podem simplesmente ser escassos (ou instáveis) nos territórios de

abrangência dos Caps-AD, dificultando a manutenção dessas interações.³⁸ Porém, em muitas outras situações, percebeu-se que a concretização de interações dependia muito do interesse e da disponibilidade dos trabalhadores dos outros serviços e das instituições previstas na rede. Por meio das entrevistas com as profissionais e os gerentes dos Caps-AD no Distrito Federal, pudemos compreender que, mesmo diante de suas intenções de estabelecer relações interinstitucionais no cuidado dos pacientes atendidos, elas enfrentavam grandes dificuldades, manifestas sob a forma de má vontade, resistência, discriminação e tentativas de evitar a vinculação com o público usuário de drogas.

As tensões relacionais em torno do atendimento à clientela específica dos Caps-AD – usuários de drogas – apareceram, inclusive, nos relatos sobre interações com serviços e equipamentos de saúde, que normativamente integram as redes de atenção, e têm responsabilidades institucionais e legais de prestar serviços a este público. As entrevistadas foram enfáticas ao apontar as dificuldades que enfrentam no encaminhamento dos pacientes sob os seus cuidados, para outros serviços de saúde, tal como exemplifica o relato de uma gerente:

e eu já tive vários embates com profissionais, principalmente quando nós estávamos no [hospital regional], porque eu ia a pé lá, e o médico falava “Não! [problemas com drogas] É falta de vergonha na cara! Eu estou com um monte de gente aqui para atender. Eu vou abrir mão, para atender esse, que é pura falta de vergonha na cara? (Gerente Caps-AD 2).

Para além das dificuldades envolvidas em ativar, mobilizar e responsabilizar os serviços da rede pelo tratamento integral dos usuários, identificou-se ainda outro tipo de tensão relacional, que tem a ver, por sua vez, com conflitos em torno das distintas concepções sobre usos de substâncias e dos métodos de cuidado e atenção mais adequados aos usuários, tal como será abordado na subseção a seguir.

5.4 O antagonismo cooperativo entre Caps-AD e CTs

Conforme mencionado antes, hoje, no país, há grandes conflitos entre atores políticos e institucionais que habitam o campo das políticas de cuidado a usuários de álcool e outras drogas. Estes conflitos se dão em torno de princípios e também dos métodos aplicados no cuidado a esta clientela, opondo defensores de modelos pautados na internação e na abstinência, como única meta de cuidado – caso das CTs; àqueles que preconizam o cuidado de base comunitária com RD – como o realizado pelos Caps-AD.

Enquanto essa disputa é bastante visível no plano nacional, sabemos relativamente pouco sobre como se dão os encontros e desencontros entre estes dispositivos

38. Ao longo da pesquisa, por exemplo, ouvimos diversos relatos sobre a interrupção do trabalho das Equipes de Consultório na Rua nas áreas de abrangência dos Caps-AD. Este fato impediu o prosseguimento dessa articulação tão importante e impossibilitou o desenvolvimento da ação destas equipes no território.

no nível dos territórios, onde de fato se organiza e se efetiva a prestação de serviços aos cidadãos. Com o intuito de suprir esta lacuna, nossa pesquisa teve também a preocupação de analisar as relações entre Caps-AD e CTs, no âmbito da Raps do Distrito Federal.

Em nosso primeiro dia de pesquisa de campo, verificamos uma intensiva cooperação cotidiana entre estas instituições, constatação que se repetiu a cada novo Caps-AD visitado. Ainda que nem sempre pacífica, a prática de encaminhamento de pacientes, pelos Caps-AD às CTs, é tão comum quanto a recepção, pelos Caps-AD, de pessoas internadas nas CTs para consultas individuais e participação nas atividades terapêuticas ali ofertadas.

Cabe reconhecer, nesse caso, a presença de um fator institucional que contribui, em certa medida, para esta prática. Desde 2011, as CTs foram incorporadas às Raps (Brasil, 2011), como serviços de atenção em regime residencial, favorecendo a emergência de conexões e intercâmbio entre os Caps-AD e estas entidades. Porém, este fato, por si só, não é suficiente para explicar a cooperação constatada, uma vez que ela não ocorre em outras cidades.³⁹ No caso do Distrito Federal, o governo local instituiu um programa próprio de financiamento público de CTs, à semelhança do governo federal, em função do qual os Caps-AD tornaram-se *porta de entrada* para as CTs financiadas. Isto é, para que uma CT recebesse financiamento distrital pelo acolhimento de usuários, estes deveriam ser, primeiramente, examinados pelos Caps-AD. Caso a equipe destes considerasse necessário, o usuário poderia ser encaminhado às CTs. Este fluxo prevaleceu até o início de 2018. Desde então, os Caps-AD foram deslocados da função de porta de entrada e qualquer profissional médico (vinculado ao SUS ou não) passou a ter o poder de solicitar internações em CTs.⁴⁰

Não obstante, o recurso às CTs, por parte dos Caps-AD do Distrito Federal, manteve-se como prática usual, pelo menos até o fim de nossa pesquisa de campo (abril de 2019). Como explicar esse fato? Como compreender as razões e condições de sustentação desta cooperação, em condições de forte tensão entre os agentes?

Para elucidar essas questões, recorreremos ao trabalho de Sanyal (1991), que analisou o contexto institucional de implementação de programas de geração de renda, em Bangladesh, os quais envolviam o fornecimento de crédito e assistência técnica para famílias em situação de vulnerabilidade. O autor observou, neste caso, que os principais atores envolvidos – agências do governo, ONGs locais e organismos internacionais financiadores – não apenas apresentavam concepções distintas sobre o sentido dos programas de geração de renda, mas também eram

39. Conforme pudemos constatar, não há cooperação entre Caps-AD e CTs nas cidades do Rio de Janeiro e de Recife, apesar das pressões sofridas neste sentido pelos gestores das Raps destas cidades.

40. Essa mudança certamente tem relação com as constantes desavenças entre profissionais dos Caps-AD e das CTs, bem como com o fortalecimento político das CTs, em nível nacional, e as mudanças promovidas na Pnad, desde 2017 (Brasil, 2019).

bastante críticos quanto ao papel e à atuação dos demais parceiros. Apesar disso, estes mesmos atores continuavam a trabalhar juntos, inclusive em novos projetos.

Sanyal (1991) denominou esse fenômeno de “antagonismo cooperativo”, e suas hipóteses para explicá-lo são de duas ordens: i) a manutenção da cooperação se deve à ausência de alternativas melhores, ou a incentivos que compensem o mal-estar derivado do conflito; e ii) esta cooperação, embora aparentemente conflituosa, cumpre funções latentes importantes (não explicitadas no discurso institucional) para um subgrupo de agentes que operam nestas instituições.

Com base nessas hipóteses, identificamos duas possibilidades explicativas para a cooperação entre Caps-AD e CT verificada no DF. A primeira remete às *lacunas* da Raps naquele território. Como se pode constatar na seção 3 deste capítulo, a portaria que instituiu a Raps⁴¹ previa, em sua composição, uma série de equipamentos assistenciais às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, entre os quais a *unidade de acolhimento (UA)*: pontos de atenção integral (24 horas, sete dias da semana), que, além de garantir moradia, devem oferecer acompanhamento terapêutico e protetivo, educação, além de convivência familiar e social aos usuários, por um período de até seis meses. Este acolhimento é voluntário e o usuário é autorizado a entrar e sair livremente do equipamento, conforme seus interesses e suas necessidades. O acesso é regulado pelos Caps-AD, a partir do seguinte fluxo: após o encaminhamento do paciente à UA, pelo Caps-AD, os profissionais das duas unidades estabelecem, junto com o acolhido, o projeto terapêutico singular (PTS) deste, que deve compreender o seu acompanhamento clínico e psicossocial e de sua família. Para tanto, Caps-AD e UAs devem articular-se com outros serviços de saúde ou de outros setores. Porém, conforme identificado pela pesquisa, a implementação de UAs no Distrito Federal nunca se completou.

A gente tenta na medida do possível manter uma relação próxima a essas comunidades porque *a gente sabe que o governo não tem outra coisa a oferecer, não tem um plano B. Não tem residência terapêutica, só tem uma Unidade de Acolhimento, (...) assim mesmo, não funciona adequadamente* (Gerente, Caps-AD C., grifo nosso).

Com efeito, até a finalização de nosso trabalho de campo, só havia uma UA para adultos na jurisdição do Distrito Federal, a qual oferecia apenas doze vagas, que raramente estavam disponíveis. Além disso, a rede não contava com nenhuma unidade de *residência terapêutica*⁴² para a clientela dos Caps-AD, e os abrigos vinculados ao Sistema Único de Assistência Social (Suas) também eram poucos e insuficientes para atender à demanda por moradia na região. Esta lacuna, ou *falha de rede*, foi enfaticamente apontada pelos profissionais dos Caps-AD entrevistados e apresentada como principal justificativa para os encaminhamentos às CTs de pacientes em situação de rua e/ou com laços sociais e familiares rompidos.

41. Portaria MS nº 3.088/2011 (Brasil, 2011).

42. Outro dispositivo residencial previsto na Raps.

é o único recurso que a gente conta. Esse paciente [que] é morador de rua, (...) quer um lugar para ficar seguro. Paciente que tem problemas, que não consegue ficar em casa, (...) que precisa de um ambiente seguro para fazer desintoxicação (...) É o lugar que a gente mais encaminha (...), é o lugar que mais acolhe (Enfermeira, Caps-AD G).

Em analogia à segunda hipótese de Sanyal (1991), observamos também que a cooperação intensiva entre Caps-AD e CTs relaciona-se com uma *heterogeneidade cognitiva, entre os profissionais dos Caps-AD*, acerca das CTs. Ou seja, ainda que muitos percebam os métodos e as práticas das últimas como francamente *dissonantes* do modelo dos Caps-AD, outros entendem que há *complementaridade* entre as duas instituições. Para estes, o envolvimento dos Caps-AD com as CTs não é necessariamente indesejável, e as relações entre eles podem ser entendidas como uma forma de “divisão do trabalho”. Antes que rivais ou incompatíveis, estas instituições são compreendidas, por alguns profissionais, como dispositivos que efetivamente se complementam, no âmbito da rede de serviços.

não se trata de comparar, mas, sim, de entender como uma rede (...). É um trabalho que se faz em conjunto. Tem momentos que a gente precisa das CT e tem momentos que elas também precisam da gente (...). É uma parceria (Farmacêutica, Caps-AD B).

A complementaridade pode ser compreendida também como parte de uma sequência do próprio tratamento, que se inicia na CT e prossegue no Caps-AD, depois de cumprido o período de internação.

Eles saem da internação [e], se não vem direto para um tratamento continuado, se ele fica solto, a chance dele recair é altíssima. Então, cada vez mais, eu tenho visto a importância desse paciente sair de qualquer internação que ele esteja, e já estar vinculado a um outro serviço. Porque aí ele continua se sentindo protegido (Terapeuta ocupacional, Caps-AD G).

Embora a complementaridade entre os dois dispositivos seja uma possibilidade plausível e eventualmente interessante para os usuários, o alívio das tensões entre os agentes de cada modelo não parece estar no horizonte, ao menos no curto prazo. A própria condução da Pauad, tanto em nível nacional, quanto no Distrito Federal, atua no sentido de acirramento das divergências e disputas, quando, por exemplo, amplia crescentemente o financiamento às CTs, mantendo o subfinanciamento dos Caps-AD. Por sua vez, a permanência desse padrão antagonico nas relações entre Caps-AD e CTs pode ter implicações negativas importantes para os usuários. As controvérsias em torno da disjuntiva RD *versus* abstinência são centrais neste sentido.

Também há que se considerar que o recurso às CTs como componente de abrigo da Raps, diante da indisponibilidade de UAs, pode acabar impondo uma segmentação das opções assistenciais, em função do grau de vulnerabilidade social em que se encontrem os pacientes. Os mais vulneráveis – para quem

a falta de abrigo pode ser determinante, inclusive, da possibilidade de receber cuidados – tendem a ser encaminhados para internação nas CTs, enquanto os que detêm mais recursos podem desfrutar dos benefícios do tratamento em liberdade. Delineia-se, assim, um efeito perverso de produção, ou reprodução de desigualdades sociais, a partir de um serviço que se pretende universal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da regulação sobre os usos de drogas, no Brasil, desenvolveu-se, assim como nos demais países da região, a partir de um paradigma *higienista*, que se transmutou em *proibicionista*, ao longo do século XX, por força de pressões da comunidade internacional e em especial dos Estados Unidos que, a partir dos anos 1970, declararam *guerra às drogas*. Em função disso, até o fim daquele século, a aproximação do Estado aos usuários de drogas limitava-se à imposição de medidas punitivas, ainda que travestidas, por vezes, de *tratamento* (compulsório), o qual era administrado em instituições manicomiais.

Esse quadro sofreria alterações lentas e parcimoniosas durante os últimos quarenta anos, em função, sobretudo, da introdução da RD no enfrentamento da epidemia mundial de HIV entre UDI. Experimentada com sucesso nos países europeus, a RD se revelou uma estratégia para o controle dos agravos à saúde associados ao uso de drogas, não só mais pragmática, mas também mais eficiente (Marllat, 1999; Nadelman *et al.*, 1997; O’Hare, 1994 *apud* Fiore, 2006), o que levou à sua adoção por autoridades sanitárias em várias partes do mundo. Além disso, ela se consolidaria como um enfoque mais *humanista*, posto que não impõe a abstinência compulsória, respeitando a autonomia e a liberdade de escolha dos sujeitos que pretende cuidar (Fiore, 2006). No Brasil, incorporada ao bem-sucedido Programa Nacional de DST/Aids do MS brasileiro, nos anos 1990, ensejou a multiplicação de agentes redutores de danos, por meio de OSC (Passos e Souza, 2011), que desenvolveram práticas e estratégias de cuidado para “além das drogas”, voltadas a usuários em situações de grande vulnerabilidade social (Fórum Estadual de Redução de Danos de São Paulo, 2015).

A RD foi incorporada à Pauad no começo do novo século, momento de grande euforia democrática no país, pela chegada ao poder, pela primeira vez em sua história, de um partido operário, contribuindo, em grande medida, para o desenvolvimento do braço assistencial do Estado junto a usuários de drogas. Nutrida também por experiências da terapia de base comunitária, que se disseminavam pela América Latina e por reflexões impulsionadas pelos movimentos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, a Pauad de 2003 seria construída com forte inspiração libertária e grande sensibilidade às desigualdades sociais persistentes no país. Neste sentido, a institucionalização da *atenção psicossocial* conferiria à política maior musculatura para enfrentar as situações de desamparo material e simbólico que afetam

grandes contingentes da população brasileira. Neste sentido, a política brasileira, assentada na atenção psicossocial, reafirma, em suas diretrizes, as responsabilidades da política de saúde quanto à proteção e promoção social – responsabilidades estas que se revelam incontornáveis no contexto desigual brasileiro.

A implementação da Paud ocorreu de forma descentralizada nos estados e municípios e foi regulada por pactos entre gestores das diversas UFs – arranjo institucional determinado pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988) –, anunciava assim novas promessas de efetivação da ação pública, bem como grandes desafios. No campo das promessas, há que se mencionar: a de ampla cobertura territorial, em função de sua escala nacional; a garantia de fluxo estável de recursos, a partir da possibilidade de cofinanciamento dos serviços pelas três esferas de governo; ações capilarizadas, pelo papel implementador dos governos locais; e a disseminação de uma nova cultura assistencial, a partir de um novo olhar sobre *as drogas*, e a criação de um novo *lugar social* para os usuários.

Por seu turno, os desafios não seriam poucos. A reduzida capacidade de controle centralizado, pelo MS, da implementação da política, que se faz na ponta – inerente ao arranjo descentralizado proposto – ampliaria as margens para reinterpretação e modificação das diretrizes da política, quando da sua tradução em práticas clínicas, conforme visto no caso da operacionalização do conceito de RD, pelos profissionais dos Caps-AD do Distrito Federal. O caráter contra-hegemônico desta estratégia, e a liberalidade com que admite a manutenção do uso de drogas pelas pessoas sob cuidado, manteria acesa a controvérsia em torno de sua moralidade e efetividade, seja no âmbito do saber médico (Fiore, 2006), seja na percepção de gestores locais e inclusive da própria população (Worcman e Morganti, 2019). Este fator impactaria negativamente a esperada estabilidade do fluxo de recursos para os serviços assistenciais locais, e, ao fim, se mostrou um ponto de grande vulnerabilidade da política, diante da chegada de coalizões políticas conservadoras ao Poder Executivo da União.

Por sua vez, o desafio de superação ou mitigação das desigualdades sociais, por meio da atenção psicossocial integral e universal, esbarraria em obstáculos expressivos, tais como as falhas das redes de serviços sociais – não só da Raps, mas também dos diversos programas setoriais – na medida em que tais redes dependem de incentivos que nem sempre operam ou que o fazem em direções não desejadas, como se viu no caso da cooperação antagonística entre Caps-AD e CT no Distrito Federal.

REFERÊNCIAS

ADIALA, J. C. Uma nova toxicomania: o vício de fumar maconha. *In*: MACRAE, E.; ALVES, W. C. (Org.). **Fumo de Angola**: canabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade. Salvador: Edufba, 2016. p. 85-102.

AGUIAR, E. S. A dimensão educativa em narcóticos anônimos: uma perspectiva sociocomunitária. **Revista de Ciências da Educação**, Americana, Ano XIII, n. 24, p. 505-531, jan.-jul. 2011.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120 p.

ANDRADE, M. **Democratização no hospital psiquiátrico**: um estudo da Colônia Juliano Moreira nos anos oitenta. 1992. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, 1992.

BICHIR, R.; CANATO, P. Solucionando problemas complexos? Desafios da implementação de políticas intersetoriais. *In*: PIRES, R. R. C. (Org.). **Implementando desigualdades**. Reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas. Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

BOITEUX, L. **A nova lei antidrogas e o aumento da pena do delito de tráfico de entorpecentes**. São Paulo: IBCCrim, out. 2006. (Boletim, n. 167). Disponível em: <<https://bit.ly/2Wazl78>>.

BOITEUX, L.; PÁDUA, J. P. **Respuestas estatales al consumidor de drogas ilícitas em Brasil**: um análisis crítico de las políticas públicas (penales y civiles) para los consumidores. [s.l.]: CEDD, 2014. p. 65-79.

BRANDÃO, B. **Do governo de corpos ao autogoverno de almas**: drogas, crime e fé num centro de recuperação pentecostal. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

BRASIL. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1976. Disponível em: <<https://bit.ly/34cNJQE>>.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/3mhLKAP>>.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <<https://bit.ly/34fk7Ct>>.

_____. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/3oO4ERB>>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/34bvjzO>>.

_____. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3oU1NXo>>.

BURNS, J. E. **O caminho dos doze passos**: tratamento da dependência de álcool e outras drogas. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

CAMPOS, E. A. de. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1379-1387, 2004.

CAMPOS, M. S. **Pela metade**: as principais implicações da nova lei de drogas no sistema de justiça criminal em São Paulo. 2015. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

CANÔNICO, L.; NUNES, M. C.; SANTOS, M. P. G. S. Tempo e subjetivação em comunidades terapêuticas. *In*: SANTOS, M. P. G. (Org.). **Comunidades terapêuticas**: temas para reflexão. Brasília: Ipea, 2018.

CARVALHO, J. A emergência da política mundial de drogas: o Brasil e as primeiras conferências internacionais do ópio. **Oficina do Historiador**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, jan./jun., p. 153-176, 2014.

CARVALHO, S. **A política criminal de drogas no Brasil**: estudo criminológico e dogmático da Lei nº 11.343/2006. São Paulo: Saraiva, 2014.

CAVALCANTI, S.; LOTTA, G.; PIRES, R. Contribuições dos estudos sobre burocracia de nível de rua. *In*: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. (Orgs.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil**: interseções analíticas. Brasília: Ipea, 2019.

CHARMAZ, K. **Constructing grounded theory**: a practical guide through qualitative analysis. London: Sage Publications, 2006.

CODEPLAN – COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. **Mapeamento e identificação das metodologias das instituições de tratamento e reinserção social de usuários de álcool, crack e outras drogas no Distrito Federal.** Brasília: Codeplan, 2013.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**s: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. **Atenção psicossocial**: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. 2003. Disponível em: <encurtador.com.br/hyBDH>.

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FASSIN, D. *et al.* **At the heart of the state**: the Moral World of Institutions. PlutoPress, 2015. Disponível em: <www.plutobooks.com>.

FIORE, M. **Uso de drogas**: controvérsias médicas e debate público. São Paulo: Mercado das Letras, 2006.

FÓRUM ESTADUAL DE REDUÇÃO DE DANOS DE SÃO PAULO. **Caderno do redutor e da redutora de danos.** São Paulo: Centro de Convivência É de Lei, 2015. Disponível em: <encurtador.com.br/nCDKW>.

FRACASSO, L. Características da comunidade terapêutica. *In*: FEBRACT – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. **Drogas e álcool**: prevenção e tratamento. Campinas: Komedi, 2012. p. 272-289.

GOTI, M. E. **La comunidad terapéutica**: un desafío a la droga. Buenos Aires: Nueva Visión, 1990.

GÓNGORA, A.; SALAZAR, J.; BORJA, R. **Políticas y escenarios para la reducción de daños en comunidades locales.** Estudios de caso. Ipea/CEPAL, 2020.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. **Nota Técnica**, Rio de Janeiro, n. 21, mar. 2017.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy**: dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set. 2007.

MACHÍN, J. Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. **Revista hispana para el análisis de redes sociales**, v. 18, n. 12, jun. 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/3qUx26e>>.

_____. **Redes sociales e incidência em política pública**: estudio comparativo México /Colombia. México: CAFAC, 2011.

MARLATT, G. A. Redução de danos no mundo: uma breve história. *In*: MARLATT, G. A. (Org.). **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MILANESE, E. **Interregional Cooperation to establish a common response to drug use and its consequences in Latin America and the Caribbean**. Freiburg: Caritas Germany, 2005.

_____. Tratamiento comunitario de las adicciones: anotaciones teóricas. *In*: ENCUESTRO DE LA RECOISS: REDES E INCIDENCIA POLÍTICA, 5., 2010, Panamá. **Anais...** Panamá: Universidad de las Américas, 2010.

_____. **Tratamento comunitário**: manual de trabalho I. Brasil: Secretaria Nacional de Políticas de Drogas; Instituto Empodera, 2012.

NADELMAN, E. *et al.* Verbete harmful reduction. *In*: LOWINSON, J. H. **Substance abuse – a comprehensive textbook**. Baltimore: Williams e Wilkinz, 1997.

O'HARE, P. Redução de danos: alguns princípios e ação prática. *In*: MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. **Drogas e Aids**: estratégias de redução de danos. São Paulo: Hucitec, 1994.

OLIVENSTEIN, C. **O destino do toxicômano**. São Paulo: Almed, 1985.

_____. **A droga**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

OLIVENSTEIN, C. (Org.). **A clínica do toxicômano**: a falta da falta. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

PADILHA, C. S.; MORAES, R. Franco Rotelli: contribuições para repensar o paradigma psiquiátrico. *In*: ENCONTRO DOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS E PROGRAMA DE VOLTA PRÁ CASA, 2., Porto Alegre, 2010. **Anais...** Porto Alegre: UFRGS, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/349wlfy>>.

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

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

PIRES, R.; SANTOS, M. P. **Análise comparativa das metodologias de cuidado a usuários problemáticos de SPAs**: Comunidades Terapêuticas e Centros de

Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPS AD (Distrito Federal). Brasília: FAP-DF, 29 maio 2020. (Relatório da Pesquisa).

PRESSMAN, J.; WILDAVSKY, A. **Implementation**: how great expectations in Washington are dashed in Oakland; or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the economic development administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation. Berkeley: University of California Press, 1973.

ROBINSON, R. **O grande livro da cannabis**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

RODRIGUES, T. Tráfico, guerra, proibição. *In*: LABATE, B. C. *et al.* (Orgs.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: Edufba, 2008.

RUI, T. **Corpos abjetos**: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. 2012. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2012.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. *In*: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Orgs.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001, p. 17-59.

SANTOS, F. S. D. **Alcoolismo**: a invenção de uma doença. Dissertação (Mestrado) – Departamento de História, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

SANTOS, M. P. G. (Org.). **Comunidades terapêuticas – temas para reflexão**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

SANYAL, B. Antagonistic cooperation: a case study of nongovernmental organizations, government and donors' relationships in income-generating projects in Bangladesh. **World Development**, v. 19, p. 1367-1379, 1991.

SOUZA, J. E. L. São mesmo analfabetos e sem cultura: repressão à maconha, criminalização da pobreza e racismo em Salvador, nas décadas de 1940 e 1950. *In*: MACRAE, E.; ALVES, W. C. (Orgs.). **Fumo de Angola – cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade**. Salvador: Edufba, 2016. p. 133-155.

SPICER, J. **The Minnesota Model The evolution of the multidisciplinary approach to addiction recovery**. Center City: Hazelden Educational Materials, 1993. (6th ed.).

TROST, J. E. Statistically nonrepresentative stratified sampling: A sampling technique for qualitative studies. **Qualitative sociology**, v. 9, n. 1, p. 54-57, 1986.

VAISSMAN, M.; RAMÔA, M.; SERRA, A. S. V. Panorama do tratamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 78, 79 e 80, p. 121-132, 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2Kswi7z>>.

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

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário eletrônico Aurélio**. Versão 5.0. Positivo Informática Ltda., 2004.

KURLANDER, P. A. **Os doze passos na comunidade terapêutica**. Disponível em: <<https://bit.ly/2Wgs71y>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

LEVINSTEIN, E. **The morbid cravin for morphia**: (die murphiumsucht). London: Smith, Elder & Co, 1878.

LIMA, J. F. S. Morphinomania por abuso de injeções hipodérmicas. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, n. 98, p. 297-310, 1879.

MACRAE, E.; COUTINHO, W. A. (Org.). **Fumo de Angola – canabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade**. Salvador: Edufba, 2016.

MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. A classificação das moléstias mentais do Dr. Emil Kraepelin. **Arquivos brasileiros de psiquiatria, neurologia e ciências afins**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 204-216, 1905.

PINHEIRO, A. R. **Morphinomania**. 1907. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1907.

ROCHA, I. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. 2. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1958.

ROTELLI, F. A instituição inventada. *In*: DELGADO, J. (Org./Trad.). **A loucura na sala de jantar**. Santos: Editora Resenha, 1991.

SARTI, T. R. R. M. **Maratonas e rambles**: a emergência dos tóxicos como problema social no início do século XX. 2015. Dissertação (Mestrado) – Departamento de História, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.